

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA  
Departamento de Psiquiatría

**LA ESQUIZOFRENIA EN LA MUJER:  
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS  
Y FACTORES PRONÓSTICOS.**

**ESTUDIO LONGITUDINAL DE UNA MUESTRA  
DE MUJERES CON ESQUIZOFRENIA  
EN LA COMUNIDAD**

**TESIS DOCTORAL  
M<sup>a</sup> LUISA ZAMARRO ARRANZ  
Madrid 2010**

**LA ESQUIZOFRENIA EN LA MUJER:  
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS  
Y FACTORES PRONÓSTICOS.**

**ESTUDIO LONGITUDINAL DE UNA MUESTRA  
DE MUJERES CON ESQUIZOFRENIA  
EN LA COMUNIDAD**

**M<sup>a</sup> Luisa Zamarro Arranz**

**Tesis para la colación del grado de Doctor  
Director: Dra. M<sup>a</sup> Dolores Crespo Hervás  
Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría  
Universidad Autónoma de Madrid  
Madrid 2010**



*A Alfonso y a Gonzalo*

*"Es sobre todo propia del hombre la búsqueda  
y la investigación de la verdad"  
(Cicerón, De Officiis)*



# Agradecimientos

Este ha sido un trabajo bastante solitario. Por ello el apoyo y colaboración recibidas han sido especialmente apreciadas.

La Dra. Dolores Crespo, que de forma entusiasta ha aportado su dirección al proyecto, lo que supuso un enorme reto para mí por el gran prestigio ligado a su persona en este campo del estudio de la enfermedad mental en la mujer. Me alentó en todo momento transmitiéndome su confianza, que ha sido fundamental para la finalización de este trabajo.

A mis pacientes, sobre todo a las mujeres con esquizofrenia, que desde su sufrimiento han despertado en mí el interés por conocer mejor su forma de enfermar y de ser madre.

Por encima de todo agradezco a mi marido y a mi hijo, que han tolerado este largo y exigente proyecto, su apoyo. Al primero por su comprensión hacia mi trabajo y al segundo por la alegría y amor de su mundo adolescente.



# INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
1.2. CONCEPTO DE SEXO Y GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.....	3
1.3. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y SOCIAL.....	7
 <b>2. ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD MENTAL.....</b>	<b>9</b>
2.1. INTRODUCCIÓN.....	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL: EL GÉNERO COMO HERRAMIENTA DE SALUD	
Modelos: -tradicional.....	10
-de transición.....	12
-contemporáneo.....	13
-igualitario .....	14
<b>2.2.1. Enfoque de género en programas de salud</b>	
2.2.1.1. Línea de Salud de las mujeres.....	15
2.2.1.2. Línea de Desigualdades de género.....	16
2.2.1.3. Línea de Análisis de Determinantes de género.....	16
2.2.1.4. Enfoque Integrado de género.....	18
<b>2.2.2. Análisis de género en programas de salud.....</b>	<b>18</b>
 2.3. ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO EN SALUD MENTAL	
<b>2.3.1. Caracterización del problema</b>	
2.3.1.1. Descripción por sexos.....	22
2.3.1.2. Morbilidad diferencial por sexos en Salud Mental.....	22
2.3.1.3. Identificar necesidades específicas en S.M. de hombres y mujeres.....	23
2.3.1.4. Identificar desigualdades de género en el estado de salud mental.....	23
2.3.1.5. Sesgos de género. Variabilidad en la demanda y en la atención en S.M. por el sexo de pacientes y de los sanitarios/as.....	24
<b>2.3.2. Análisis de Factores determinantes de género en Salud Mental</b>	
2.3.2.1. Factores de riesgo.....	25
2.3.2.2. Factores psicosociales de protección.....	27
<b>2.3.3. Elección o prioridad del problema.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.4. Definición de Objetivos.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3.5. Métodos de intervención.....</b>	<b>29</b>



### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....31**

#### **3.1. CUESTIONES METODOLÓGICAS PREVIAS**

3.1.1	<b>Detección de casos.....</b>	<b>31</b>
3.1.2	<b>Sistema diagnóstico empleado.....</b>	<b>33</b>
3.1.3	<b>La muestra.....</b>	<b>35</b>

#### **3.2 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA**

3.2.1	<b>Estudios sobre prevalencia en esquizofrenia.....</b>	<b>36</b>
3.2.2	<b>Estudios sobre incidencia en esquizofrenia.....</b>	<b>40</b>

#### **3.3 ÁREAS EN QUE SE HAN ENCONTRADO DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ESQUIZOFRENIA**

<b>3.3.1 Epidemiologica</b>	
3.3.1.1	Incidencia.....43
3.3.1.2	Prevalencia.....45
3.3.1.3	Edad de inicio..... 46
3.3.1.4	Antecedentes en infancia .....52
3.3.1.5	Estación de nacimiento.....52
3.3.1.6	Complicaciones obstétricas.....55
3.3.1.7	Historia familiar.....56
<b>3.3.2 Clínica</b>	
3.3.2.1	Funcionamiento premórbido.....57
3.3.2.2	Sintomatología.....58
3.3.2.3	Subtipos clínicos.....61
3.3.2.4	Evolución
3.3.2.4.1	Corto y medio plazo.....62
3.3.2.4.2	Largo plazo.....63
3.3.2.5	Funciones neuropsicológicas .....66
<b>3.3.3 Desarrollo Cerebral</b>	
3.3.3.1	Maduración cerebral.....69
3.3.3.2	Morfología cerebral.....70
<b>3.3.4 Respuesta a los Tratamientos</b>	
3.3.4.1	Diferencias farmacocinéticas.....71
3.3.4.2	Respuesta a los Neurolépticos .....72
<b>3.3.5 Uso de recursos.....</b>	<b>73</b>
<b>3.3.6 Necesidades.....</b>	<b>74</b>
3.3.6.1	Reproductivas: Embarazo .Puerperio. ....78
3.3.6.2	Fertildad y fecundidad..... 79
3.3.6.3	Maternidad y esquizofrenia.....80
3.3.6.4	Embarazo y curso de la esquizofrenia.....81
3.3.6.5	Cuidados perinatales y prevención de la esquizofrenia ...82

3.4	FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ESQUIZOFRENIA	
3.4.1	<b>Hormonales</b>	
3.4.1.1	Hormonas y psicosis.....	83
3.4.1.2	Neuroesteroides.....	85
3.4.1.3	Los estrógenos	
3.4.1.3.1	Estrógenos y sistema dopaminérgico.....	87
3.4.1.4	Hipótesis estrogénica (HE).....	88
3.4.1.4.1	Soporte de la hipótesis estrogénica.....	89
3.4.1.4.2	Y severidad de la enfermedad.....	90
3.4.1.4.3	Efecto protector de los estrógenos y predisposición.....	91
3.4.1.4.4	Hipoestrogenismo premórbido.....	91
3.4.1.4	Papel de la progesterona.....	92
3.4.1.5	Tratamientos hormonales en mujeres con esq.....	92
3.4.2	<b>Rol del Neurodesarrollo.....</b>	93
3.4.3	<b>Historia Familiar de Trast. Afectivos.....</b>	95
3.4.4	<b>Factores Psicosociales</b>	
3.4.4.1	Lugar de residencia.....	96
3.4.4.2	Grupo socioeconómico.....	97
3.4.4.3	Factores culturales.....	98
3.4.4.4	Ajuste social.....	99
3.4.4.5	Estado civil.....	99
3.4.4.6	Situación laboral.....	100
3.4.4.7	Situaciones de violencia.....	101
3.4.4.8	Respuesta al estrés.....	101
3.4.4.9	Emigración.....	102
3.5	INTEGRACIÓN TEÓRICA.....	103
3.6	ENFERMEDADES FÍSICAS EN MUJERES CON ESQUIZOFRENIA	
3.6.1	<b>Introducción.....</b>	107
3.6.2.	<b>Enfermedades aparato genital femenino</b>	
3.6.2.1	Galactorrea.....	113
3.6.2.2	Amenorrea.....	113
3.6.2.3	Cáncer de mama.....	113
3.6.2.4	Cáncer de cuello uterino.....	115
3.6.2.5	Cáncer de cuerpo uterino.....	116
3.6.2.6	Cáncer de ovario.....	117
3.6.3	<b>Cáncer en general.....</b>	118
3.6.4	<b>Enfermedades Metabólicas y Endocrinas</b>	
3.6.4.1	Sobrepeso, Obesidad.....	123
3.6.4.2	Diabetes Mellitus.....	124
3.6.4.3	Síndrome metabólico.....	128
3.6.4.4	Hipertensión arterial.....	128
3.6.4.5	Disfunción tiroidea .....	129
3.6.4.6	Hiperprolactinemia .....	131
3.6.5.	<b>Enfermedades Neurológicas</b>	
3.6.5.1	Diskinesia oral.....	132
3.6.6.	<b>Enf. óseas: Osteoporosis.....</b>	132

<b>4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....</b>	<b>135</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>139</b>
5.1 LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	
5.1.1 La Zona y su población	
5.1.1.1. La Comunidad Autónoma de Madrid.....	139
5.1.1.2. El Distrito de Alcobendas.....	147
5.1.2 La atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid...	151
5.1.3 Los Servicios de Salud Mental del distrito de Alcobendas.....	157
5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	161
5.3 LA MUESTRA	
5.3.1 Selección de la muestra	
5.3.1.1. Aspectos generales.....	163
5.3.1.2. Selección de la muestra.....	163
5.3.2 Definición de Caso.....	166
5.4 INSTRUMENTOS	
5.4.1 Registro de Casos Psiquiátrico	
5.4.1.1 Los RCP: Descripción.....	167
5.4.1.2 Ventajas y limitaciones del RCP.....	170
5.4.2 Cuestionario recogida de datos.....	172
5.4.3 Descripción cuestionario elaborado.....	173
5.5 VARIABLES	
5.5.1 Sociodemográficas.....	174
5.5.2 Clínicas	
5.5.2.1 -Relativas a la enfermedad psiquiátrica.....	176
5.5.2.2 -Enfermedades somáticas:-Ginecológicas.....	179
- Resto enf.....	179
5.5.2.3. -Relativas al tratamiento recibido.....	179
5.5.3 Psicosociales.....	180
5.6 MEDICIONES Y TÉCNICAS ESTADÍSTICAS	
5.6.1 Creación de la Base de Datos.....	181
5.6.2 Preparación para el Análisis Estadístico.....	181
5.6.3 Control de calidad.....	182
5.6.4 Tratamiento estadístico de los datos	
5.6.4.1 Análisis univariantes.....	182
5.6.4.2 Análisis multivariantes.....	183

## **6. RESULTADOS.....187**

### **6.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES**

#### **6.1.1 Características sociodemográficas**

6.1.1.1	Zona procedencia.....	187
6.1.1.2	Edad.....	188
6.1.1.3	Estado civil.....	190
6.1.1.4	Tipo de convivencia.....	191
6.1.1.5	Nivel educativo.....	192
6.1.1.6	Ocupación . Nivel Socioeconómico.....	193
6.1.1.7	Situación Laboral.....	195
6.1.1.8	Certificado y Grado de Minusvalía.....	197

#### **6.1.2 Diagnóstico**

6.1.2.1	Diagnóstico recibido.....	198
6.1.2.1.1	Subtipo diagnóstico Inicial.....	198
6.1.2.1.2	Subtipo “ Final.....	201
6.1.2.2	Variabilidad diagnóstica.....	203
6.1.2.2.1	En los NO casos.....	204
6.1.2.2.2	En los CASOS :	
	a)En grupo que sigue en tratamiento...206	
	b)En grupo NO sigue en tratamiento...207	

#### **6.1.3 Características clínicas**

6.1.3.1	Edad de inicio.....	209
6.1.3.2	Forma de inicio.....	214
6.1.3.3	Edad del Primer Ingreso.....	215
6.1.3.4	Tiempo de evolución.....	216
6.1.3.5	Número de Ingresos hospitalarios.....	218
6.1.3.6	Nº recaídas con tratamiento ambulatorio.....	219
6.1.3.7	Ingresos involuntarios.....	220
6.1.3.8	Intentos de suicidio.....	220
6.1.3.9	Episodios de agresividad física.....	220
6.1.3.10	Problemas judiciales	
6.1.3.10.1	-De cualquier tipo.....	221
6.1.3.10.2	-Incapacitación Legal.....	221
6.1.3.11	Consumo de tóxicos	
6.1.3.11.1	-Antecedentes de consumo.....	221
6.1.3.11.2	-Consumo actual.....	222
6.1.3.12	Conciencia de Enfermedad.....	222
6.1.3.13	Antecedentes Obstétricos.....	223
6.1.3.14	Antecedentes familiares de enfermedad mental	
6.1.3.14.1	-En familiares de primer grado.....	224
6.1.3.14.2	-En familiares de segundo grado...225	
6.1.3.14.3	-Ambos:primero/ segundo grado...226	
6.1.3.14.4	-De suicidio en la familia.....	226

#### **6.1.4 Historia Ginecológica de mujeres con Esquizofrenia**

6.1.4.1	Edad Menarquia.....	227
6.1.4.2	Edad Menopausia.....	227
6.1.4.3	Número de partos.....	228
6.1.4.4	Número de Abortos.....	228
6.1.4.5	Intervenciones Quirúrgicas ginecológicas.....	229

#### **6.1.5 Enfermedades Somáticas**

6.1.5.1	Metabólicas.....	230
6.1.5.2	Cardiovasculares.....	231
6.1.5.3	Neurológicas.....	231
6.1.5.4	Otras.....	232

<b>6.1.6</b>	<b>Personalidad previa.....</b>	<b>233</b>
<b>6.1.7</b>	<b>Acontecimientos vitales estresantes.....</b>	<b>235</b>
<b>6.1.8</b>	<b>Factores sociales</b>	
6.1.8.1	Apoyo social.....	237
6.1.8.2	Apoyo Familiar.....	238
6.1.8.3	Pertenencia grupos sociales.Estudio de valores.	238
<b>6.1.9</b>	<b>Características del tratamiento realizado en los S. de Salud Mental</b>	
6.1.9.1	Tiempo de seguimiento en los S.S.M.....	239
6.1.9.2	Prof. diferentes participan en tto en CSM.....	241
6.1.9.3	Inclusión en Programa de Rehabilitación.....	243
6.1.9.4	Adherencia al tratamiento.....	244
6.1.9.5	Tratamiento psicofarmacológico:	
6.1.9.5.1	–Recibido.....	245
6.1.9.5.2	–Actual.....	247
6.1.9.5.3	–Combinación de psicofármacos.....	248
6.1.9.5.4	–Otros fármacos.....	250
<b>6.1.10</b>	<b>Clasificación de las pacientes: Subgrupos siguen o no en Tto</b>	
	-Subgrupo NO TTO: estudio altas y fallecimientos.....	251
	-Estudio Diagnósticos ambos subgrupos.....	253

## 6.2 TABLAS RESUMEN RESULTADOS CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES

<b>6.2.1</b>	<b>Tabla</b>	<b>Resumen I</b>	<b>Características sociodemográficas.....</b>	<b>257</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Tabla</b>	<b>“ II</b>	<b>Subtipo Diagnóstico .....</b>	<b>258</b>
<b>6.2.3</b>	<b>Tabla</b>	<b>“ III</b>	<b>Subgrupos muestrales: Clasificación de pacientes.....</b>	<b>258</b>
<b>6.2.4</b>	<b>Tabla</b>	<b>“ IV</b>	<b>Características Clínicas.....</b>	<b>259</b>
<b>6.2.5</b>	<b>Tabla</b>	<b>“ V</b>	<b>Factores asociados a la enfermedad.....</b>	<b>260</b>
<b>6.2.6</b>	<b>Tabla</b>	<b>“ VI</b>	<b>Factores psicosociales. Estudio de Valores.....</b>	<b>261</b>
<b>6.2.7</b>	<b>Tabla</b>	<b>“ VII</b>	<b>Asistencia en los S. S.Mental.....</b>	<b>262</b>
<b>6.2.8</b>	<b>Tabla</b>	<b>“ VIII</b>	<b>Tto psicofarmacológico actual.....</b>	<b>262</b>

## 6.3 ANÁLISIS INFERENCIAL

### 6.3.1 Analisis Univariante

<b>6.3.1.1</b>	Comparación grupo mujeres con Esq. en tratamiento vs pacientes mujeres que abandonaron el tto.....	265
<b>6.3.1.2</b>	Comparación grupo mujeres con Esq. de zona rural vs zona urbana.....	273
<b>6.3.1.3</b>	Comparación grupo mujeres inicio de Esquizofrenia anterior a los 25a vs inicio posterior a los 25a.....	279
<b>6.3.1.4</b>	Comparación grupo mujeres inicio de la Esq. anterior a los 45 años vs inicio tardío (> de 45 a).....	285
	a) Estudio de la edad de inicio y su relación con otras variables sociodemográficas y clínicas.....	291

6.3.1.5	Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en función del tiempo de evolución de la enfermedad (menor o mayor de 20 años).....	303
a)	Estudio del tiempo de evolución y su relación con otras variables sociodemográficas y clínicas.....	308
6.3.1.6	Comparación grupo pacientes nulíparas vs pacientes mujeres con hijos.....	323
6.3.1.7	Análisis de las características de las mujeres con Esquiz. que solicitaron y tienen la minusvalía por su enfermedad mental frente a las que no lo hicieron.....	331
6.3.2	<b>Análisis multivariante</b>	
6.3.2.1	<b>Indicadores de Gravedad</b>	
6.3.2.1.1-	Intentos de suicidio.....	341
6.3.2.1.2-	Número de Hospitalizaciones.....	345
6.3.2.1.3-	Número recaídas con tto ambulatorio....	349
6.3.2.2	<b>Factores que se relacionan con el Seguimiento en el Centro de Salud Mental</b>	
6.3.2.2.1-	Factores relacionados con si continua o no en seguimiento en el CSM.....	353
6.3.2.2.2-	Factores relacionados con el tiempo en seguimiento en el CSM.....	355
7.	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>361</b>
7.1	ALCANCE Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	361
7.2	COMPOSICIÓN MUESTRA Y DESARROLLO DEL ESTUDIO.....	365
7.3	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	367
7.4	RESULTADOS DE PREVALENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA.....	374
7.5	VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA.....	377
7.5.1	De los NO CASOS.....	379
7.5.2	De los CASOS.....	381
7.6	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
7.6.1	Edad de inicio de la Enfermedad.....	383
7.6.2	Edad del primer ingreso.....	390
7.6.3	Forma de inicio.....	390
7.6.4	Tiempo de evolución de la enfermedad.....	390
7.6.5	Nº de ingresos y de recaídas en tratamiento ambulatorio Ingresos involuntarios.....	395
7.6.6	Episodios de agresividad física. Intentos de suicidio.....	395
7.6.7	Problemas judiciales. Incapacitación legal.....	396
7.6.8	Consumo de tóxicos y tabaco.....	396
7.6.9	Antecedentes obstétricos.....	397

7.6.10	Antecedentes familiares de enfermedad mental.....	397
7.6.11	Historia ginecológica. Fecundidad.....	398
7.6.12	Enfermedades somáticas. Comorbilidad física.....	400
7.6.13	Personalidad previa.....	403
7.6.14	Factores de estrés.....	404
7.6.15	Factores socio-familiares. Estudio de valores.....	406
7.7	<b>CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO REALIZADO EN LOS SSM</b>	
7.7.1	Tiempo en seguimiento de los SSM.....	406
7.7.2	Nº de profesionales que participaron en el tratamiento de las pacientes en el CSM. Inclusión en el Prog. de Rehabilitación.....	407
7.7.3	Adherencia al tratamiento.....	407
7.7.4	Tratamiento psicofarmacológico.....	408
7.7.4.1	Combinación de tratamientos.....	408
7.8	<b>ESTUDIO DE CAUSAS DE ALTA Y FALLECIMIENTOS ( EN SUBGRUPO DE PACIENTES QUE NO SIGUE EN TTO EN EL CSM)</b>	
7.8.1	Causas de alta .....	409
7.8.2	Fallecimientos.....	410
7.9	<b>COMPARACIÓN SUBGRUPOS MUESTRALES</b>	
7.9.1	Comparación entre grupo de mujeres en función de que sigan o no en tratamiento en el CSM.....	411
7.9.2	Comparación entre grupo mujeres de zona rural y urbana.....	413
7.9.3	Comparación grupo mujeres en función de la edad de inicio de la Esquizofrenia (anterior o posterior a los 25 años).....	415
7.9.4	Comparación grupo mujeres inicio de la enf. anterior a los 45 a vs esquizofrenia de inicio tardío (posterior a los 45 a).....	416
7.9.5	Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en función del tiempo de evolución de la enfermedad (< o > de 20 a).....	418
7.9.6	Comparación grupo pacientes nulíparas vs pacientes mujeres con hijos.....	419
7.9.7	Análisis de las características de las mujeres con Esq. que tienen reconocimiento de minusvalía por su enfermedad mental frente a las que no lo tienen.....	420
7.10	<b>ESTUDIO DE FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE INDICADORES DE GRAVEDAD</b>	
7.10.1	Intentos de suicidio.....	423
7.10.2	Número de hospitalizaciones.....	423
7.10.3	Número de recaídas.....	424
7.11	<b>ESTUDIO DE FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL SEGUIMIENTO A NIVEL AMBULATORIO (EN LOS SSM)</b>	
7.11.1	Con seguir o no en tratamiento en el CSM.....	427
7.11.2	Con el tiempo de seguimiento en el CSM.....	427

<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>431</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>439</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>461</b>
10.3.	CUESTIONARIO RECOGIDA DATOS Y VARIABLES.....	463
10.4.	TABLAS Y GRÁFICOS DE CONSULTA INCLUIDOS.....	465
10.5.	OTROS.....	473
<b>11.</b>	<b>INDICE DE TABLAS ,GRÁFICOS E IMÁGENES.....</b>	<b>485</b>
11.3.	INDICE DE TABLAS.....	487
11.4.	INDICE DE GRÁFICOS.....	495
11.5.	INDICE DE IMÁGENES.....	497



## **1. INTRODUCCIÓN**

### *1.1 INTRODUCCIÓN GENERAL*



La Esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave que afecta al 1% de la población mundial. La enfermedad generalmente se inicia en la adolescencia o en la juventud, y con frecuencia se hace crónica y discapacitante. Los costos directos e indirectos de esta enfermedad son enormes. La carga que existe sobre la familia del paciente es muy pesada, y tanto el paciente como sus familiares están expuestos al estigma asociado a la enfermedad.

Las diferencias de género en la enfermedad mental constituyen un paradigma para la investigación en la interacción entre factores biológicos y psicosociales, no sólo en cuanto a mecanismos patogénicos sino también concernientes a aproximaciones terapéuticas. Una aproximación sensible al género en psiquiatría mejora nuestro entendimiento de la enfermedad mental y nuestras estrategias terapéuticas (Riecher- Rössler A., Häfner H. 2000).

La OMS considera que se ha prestado más atención a la morbilidad asociada con las enfermedades mentales que a los determinantes específicos de cada género y a los mecanismos que promueven o protegen la salud mental y fomentan la resistencia al estrés (OMS, 2005 Género y salud mental de las mujeres).

Las diferencias de género en la Esquizofrenia ya fueron señaladas por Kraepelin hace más de 100 años (en 1919). Este señaló que la edad de la primera admisión de las mujeres por demencia precoz era a bastante mayor edad comparada con los hombres. Esto mismo ha sido posteriormente replicado en más de 50 estudios (Angermeyer and Kühn, 1988), pero la investigación sistemática sobre las diferencias en la expresión clínica y en la incidencia datan de los últimos 15 años.

La Esquizofrenia es un trastorno que muestra una gran heterogeneidad en varias de sus características básicas. Para explicar esta heterogeneidad puede ser útil estudiar la variable género dada la fiabilidad, estabilidad y la validez de su definición (Usall J et al, 2000; Salem JE, 1998).

Según Moldin (2000) fuertes diferencias de género en una enfermedad con tanta variabilidad “puede tener importantes implicaciones en la investigación futura de la patofisiología y etiología de la Esquizofrenia y en la práctica clínica”. El interés por las diferencias de género en la Esquizofrenia es en parte atribuible a los esfuerzos de las investigaciones por entender su heterogeneidad (Goldstein JM. 1989). Nasser y cols, (2005) señalan la importante necesidad para las futuras investigaciones en esquizofrenia de incluir la comparación de las diferencias entre hombres y mujeres.

El paciente prototipo con diagnóstico de Esquizofrenia es varón. Gran parte de los estudios sobre la Esquizofrenia contienen más varones que mujeres en sus muestras. Las investigaciones sobre neuroimagen funcional por ejemplo, con frecuencia estudian solo varones en un esfuerzo de reducir la heterogeneidad. El resultado es que muchas discusiones y recomendaciones sobre esta enfermedad son de hecho acerca de la Esquizofrenia en varones (Murray R.M.,2000).

Muchos son los autores que consideran que la mujer no está bien representada en la investigación en esquizofrenia, que se podría requerir un manejo específico de las enfermedades en la mujer y en concreto de las mujeres con esquizofrenia. Todas las revisiones al respecto concluyen que, para este mejor entendimiento del impacto de la esquizofrenia en la mujer, se requiere más investigación con una aproximación basada en el género, que también tendría implicaciones para los proveedores de servicios (KulKarni J. 1997 ; Watkins K et al.. 1999; Lewine RR.2006). La detección precoz, la intervención precoz y la rehabilitación temprana debería ser sensible al género, considerando sus diferentes roles sociales, ya que esto podría estar retrasando su diagnóstico y el inicio del tratamiento en el caso de las mujeres (Riecher- Rössler A. 2007).

Hay evidencias epidemiológicas que avalan el interés de la investigación en esquizofrenia basada en el género. Muchos estudios han utilizado también el género como un paradigma del entendimiento de la patofisiología y de la heterogeneidad de la Esquizofrenia (KulKarni J. 1997).

Investigaciones recientes han hecho resurgir el interés en el estudio de las diferencias de género en la Esquizofrenia. El papel de los estrógenos, el neurodesarrollo y la historia familiar de trastorno afectivo son evaluados como co-contribuyentes a las diferencias de género observadas (Salem JE et al, 1998).

Estudios realizados con metodología estandarizada muestran diferencias de género, en ellos se ha investigado que influencia tiene en el grado de vulnerabilidad la exposición al estrés social y el grado de soporte social, que podrían ser los responsable de estos hallazgos. Todos estos estudios han adquirido notable relevancia por los hallazgos encontrados y los resultados en muchas ocasiones contradictorios (Angermeyer MC. et al 1990, 1989).

Existe consenso en que hay una variabilidad en la presentación de la enfermedad ligada al sexo, que la mujer tiene una edad de inicio (Faraone 1994; Häfner 1998) y una edad de primera hospitalización más tardías (Angermeyer & Kuhn 1988), y una mejor respuesta a la medicación neuroléptica (Lewine 1990). Hay evidencia de que la mujer tiene un curso menos severo de la enfermedad y un mejor funcionamiento premórbido medido por educación, estado civil y estatus laboral (Angermeyer y cols. 1990).

Incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud mental puede ayudar a responder a preguntas como ¿es realmente distinta la manifestación de la esquizofrenia en el hombre que en la mujer?, ¿son diferentes las necesidades que presentan los pacientes con esquizofrenia que viven en la comunidad en función del género?. Por otra parte, importantes preguntas que se derivan del estudio de las diferencias de género en la Esquizofrenia siguen abiertas en este campo, como ¿tiene la terapia hormonal sustitutiva un lugar en el tratamiento de mujeres con Esquizofrenia de inicio tardío?, o ¿tiene la mujer con esquizofrenia los mejores cuidados durante el embarazo y periodo perinatal?, ¿podría esto modificar el riesgo genético? (Seeman MV 2000).

## *1.2 CONCEPTO DE SEXO Y GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA*

Durante la segunda parte del siglo XX, se fue poniendo en evidencia la ausencia de la perspectiva de género en la investigación médica. Pero no fue hasta el 1990 que el National Institute of Health dictaminó la necesidad de incluir suficiente número de mujeres en los ensayos clínicos, hasta entonces se habían obviado las diferencias de género en dichos estudios.

El documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Salud Mental de la Mujer de 1973 ya recoge algunas de las consecuencias negativas del reduccionismo del estudio de la salud de la mujer al aspecto reproductivo, limitando el conocimiento científico ya que:

- Impide la investigación adecuada sobre las diferencias de género en la salud y la enfermedad.
- Disminuye la información relativa a la fisiología y farmacocinética diferencial
- Se asume que los problemas de salud a lo largo de la vida siguen el mismo trazado en los hombres que en las mujeres. Y que el tratamiento de las enfermedades en ambos es el mismo, aunque no exista literatura médica que avale esta premisa.
- Se explican la mayor parte de diferencias a partir de los fenómenos reproductivos y endocrinológicos, sin tener en cuenta aspectos psicológicos y sociales estresantes distintos en la mujer que en el hombre.

En el año 2004, la International Association for Women's Mental Health consensuó la *Declaración Internacional en Salud Mental de la Mujer*, que fue aprobada en el World Psychiatric Association Congress.

Actualmente, se reconoce la necesidad de una perspectiva de género que estudie la influencia del sexo y el género en la etiología, presentación, curso y tratamiento de todos los trastornos mentales, teniendo en cuenta los aspectos biológicos y psicosociales. Así como la necesidad de que los profesionales de la salud mental y las organizaciones sanitarias integren esta perspectiva como una prioridad en sus programas.

Sexo y género no son sinónimos, representan sustancialmente conceptos diferentes. El sexo contempla aquellos aspectos determinados biológicamente, mientras que el género se refiere a las características de hombres y mujeres que son construidas socialmente. El concepto de género nace de incluir aspectos psicológicos y sociales.

*El género* define los roles socialmente percibidos, las responsabilidades, oportunidades e interacciones tanto de hombres como de mujeres que se encuentran bajo la influencia de factores familiares, culturales y económicos.

El acceso a los recursos y los roles que la sociedad impone sobre las mujeres determinan su salud. También determinan los comportamientos sexuales, sus actitudes en materia de adopción de riesgos, y sus comportamientos en salud, como son el acceso y uso de los servicios sanitarios.

Estas conductas adquiridas comprenden la *identidad de género* y determinan junto a las diferencias biológicas, los *roles de género*.

Strauss (1989) ya señala la importancia de incorporar a la investigación la interacción entre la persona y el trastorno. Una investigación que se centre en la "persona", además de en los aspectos biológicos. La inclusión del género en la conceptualización de la experiencia y presentación de la enfermedad ayudaría a focalizar la investigación en el "individuo con enfermedad" (Nasser, 2002) es decir, en la investigación en Esquizofrenia como es este caso focalizada en la "persona con esquizofrenia".

La incorporación del género, que afecta a la experiencia de enfermedad en las personas con esquizofrenia, tiene impacto en el tratamiento y en la recuperación (Nasser, 2002; Sajatovic, 2005). Significa incluir y abordar las condiciones sociales, laborales o ambientales como factores de riesgo de las enfermedades de mujeres y hombres y de los condicionantes del enfermar de los seres humanos. Este concepto reconoce que las mujeres y los varones tienen diferentes necesidades sanitarias. En la mayoría de las sociedades, las mujeres cumplen con múltiples roles que las sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad para algunos trastornos mentales.

*El enfoque de género* se basa por tanto en la integración de la vertiente psicosocial de la construcción de los sexos, y requiere una visión integradora de los aspectos tanto biológicos, como sociales y subjetivos de la enfermedad mental y de la atención sanitaria.

Lewine señala la utilidad de distinguir entre sexo y género en el estudio de la esquizofrenia. Los resultados de su estudio sugieren que algunos aspectos analizados, como la edad de inicio de la enfermedad, pueden estudiarse mejor desde una perspectiva más biológica (sex difference), mientras que una perspectiva psicosocial (gender difference) puede servir mejor para otros aspectos a estudio, como es el funcionamiento neuropsicológico (Lewine, 2004). El “sexo” es primariamente una variable biológica, mientras “género” engloba un amplio rango de procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Existen estudios que han evidenciado consistentes diferencias por sexo, pero no literatura sistemática comparando diferencias de género (Lewine, 2006). “La ventaja que tiene el emplear el sexo como variable para subdividir un proceso en la búsqueda de su heterogeneidad, es que es completamente fiable, estable y válido en su definición” (Lewis et al, 1992). Un problema considerable en la implementación práctica de esta estrategia de análisis de distinguir entre sexo y género, es la definición operativa del término “género” que no está exento de controversias (Lewine, 2002).

El género tiene una enorme influencia en nosotros desde el inicio del desarrollo embrionario. Los receptores endocrinos en el cerebro afectan a la cognición, al humor, y la conducta de forma diferente en hombres y mujeres, y los roles de género afectan inevitablemente a nuestras experiencias psicosociales.

Que el género influye en el desarrollo cerebral, a nivel neuroendocrino es claro, por ello no debería sorprendernos que hombres y mujeres presenten diferencias en la vulnerabilidad para desarrollar diversas formas de psicopatología, la expresión de los síntomas, la edad de inicio, su curso y su respuesta al tratamiento ( Angermeyer MC. 19991; Ellen Frank, Ph.D. 2000, 2005).

Prestigiosos autores y publicaciones (Ellen Frank, 2000; Castle D.J, 2000; Usall J. et al, 2000) en la actualidad están poniendo en evidencia que el género es un factor crítico para la investigación en psicopatología y que debemos hacer los cambios necesarios para no ignorar su posible influencia al examinar los datos de nuestras investigaciones y entender los datos de otros investigadores.

Los índices generales de enfermedades mentales severas son casi idénticos entre hombres y mujeres pero en las características de las enfermedades mentales aparecen notables diferencias de género. *Las diferencias biológicas y el contexto sociocultural diferente podrían ser factores diferenciales de susceptibilidad y exposición a riesgos específicos* para la salud mental de cada uno de los sexos.

Hay un tipo de trastornos psiquiátricos con mayor preponderancia femenina en la adolescencia de tipo emocional, y en varones tienen mayor preponderancia los trastornos del neurodesarrollo en la infancia. Además de la predisposición genética tiene que haber una razón de esta mayor frecuencia del autismo o los trastornos del lenguaje en los varones en la infancia, sean cual sean las causas, tal como considera L. Rutter.

El factor sexo conlleva unas diferencias neuroendocrinas, efecto hormonal sobre el desarrollo embrionario, que se suma al efecto hormonal en la pubertad (Castle DJ, Murray RM. 1991). Características diferenciales de las que deriva la organización hemisférica diferente del cerebro de hombres y mujeres, que se argumenta determinaría la mayor susceptibilidad de los hombres para síndromes psicopatológicos como la psicopatía y desviaciones sexuales, y en las mujeres la mayor frecuencia de trastornos afectivos, esquizoafectivos y Esquizofrenia de inicio tardío (Flor-Henry,1990).

Solo recientemente la investigación ha empezado a dirigir su atención a las diferencias de género en los pacientes con esquizofrenia. Estas diferencias de género se vienen investigando en otras enfermedades mentales como la depresión, los trastornos de ansiedad, a los que se han incorporado recientemente los Trastornos Bipolares. Estudios recientes han cuestionado también sin embargo la idea clásica de que la incidencia y la prevalencia de la Esquizofrenia no mostraba diferencias entre hombres y mujeres (Iacono y Beiser 1992; Lewine R., 2004).

Estudiar las diferencias epidemiológicas, genéticas y neurobiológicas entre hombres y mujeres con esquizofrenia puede aportar luz sobre mecanismos causales. Las necesidades clínicas diferentes y los factores biológicos asociados al género en la Esquizofrenia puede tener un impacto en el tratamiento (Castle David J., McGrath J. et al, 2000). Todo ello no sólo es de interés para seguir avanzando en el conocimiento de esta enfermedad, sino también para los clínicos involucrados en el cuidado y tratamiento de estos pacientes y para la planificación de los servicios asistenciales, con un sistema de tratamiento que responda adecuadamente a las necesidades específicas de las mujeres y hombres que sufren esquizofrenia (Salakongas RK. et al 1990).

La identificación de fuertes diferencias de género en la Esquizofrenia aportará una valiosa información para la práctica clínica. Investigar en las diferencias de género permite profundizar en la neurobiología de la Esquizofrenia, incluyendo en los diseños de los estudios y en la selección de las muestras aspectos que permitan encontrar respuesta a estas diferencias (Moldin, 2000).

### 1.3 FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y SOCIAL

El cerebro femenino presenta claras diferencias con el masculino, con una menor lateralización. El ritmo de maduración cerebral en hombres y mujeres es diferente, debido al efecto activador de las hormonas sexuales (Tabla 1 y 2 de Anexo).

Se ha definido la *morbilidad femenina diferencial* como el conjunto de enfermedades que merecen una atención específica hacia las mujeres, porque son específicas del sexo femenino o se presentan con una mayor frecuencia (alta prevalencia) en la mujer, y son causa de muerte prematura o discapacidad entre estas más que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, endocrinológicas, y los trastornos ansioso-depresivos.

Se habla también de *factores de riesgo diferenciales* que deberían abordarse de forma diferente en hombres y mujeres, como son la obesidad, la diabetes mellitus, las causas de patología cardiovascular. El peor estado de salud de las mujeres según señala Verbrugge (1989) se debería a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como son el sedentarismo o el estrés físico y mental (Valls C. 2006). Häfner (1990) considera que “después de casi un siglo de investigación sobre la esquizofrenia, todavía permanecen sin resolver un número llamativamente grande de cuestiones relativas a los factores de riesgo específicos de la situación premórbida, así como de los factores que determinan la presentación y el curso de los episodios psicóticos y de otros aspectos de la enfermedad, tanto los déficits sociales como los cognoscitivos”.

Los *factores genéticos* son claramente importantes en el desarrollo de la esquizofrenia pero no son suficientes para explicar la totalidad de esta patología. Por ejemplo, los gemelos monocigóticos solo concuerdan en relación a su esquizofrenia en la mitad de los casos. Los *factores que modifican el desarrollo del sistema nervioso* como la lesión cerebral durante el parto o la infección materna durante la gestación, parece que son importantes para que se desarrolle el trastorno pero su verdadera influencia aún no ha sido definida.

En todas las partes del mundo, la *clase social* o la casta a la que se pertenece tienen una relación compleja con el desarrollo de la esquizofrenia y probablemente son el reflejo, en diferentes casos, del efecto de modificaciones en el desarrollo del sistema nervioso, causas sociales o rechazo social. El *estrés social*, bajo la forma de acontecimientos estresantes de la vida, forma parte del conjunto de factores causales que disparan el inicio del trastorno.

El hecho de que los pacientes esquizofrénicos tengan una mejor resolución de su problema en los países en desarrollo (OMS, 1979; Jablensky et al., 1992) todavía no ha sido satisfactoriamente explicado. Autores como Warner (1985) consideran que el curso de la enfermedad viene determinado por las formas en que se reparte el trabajo en las diferentes partes del mundo y la mayor facilidad con la que una persona que se ha recuperado de un trastorno psicótico puede volver a recuperar su trabajo en las mismas condiciones económicas. Aunque los conocimientos epidemiológicos no pueden probar la existencia de modelos socioculturales sobre la etiología de la esquizofrenia, el ambiente social puede tener una grandísima importancia en el modelamiento de la última fase del curso de una esquizofrenia (Häfner, 1987).

La influencia del ambiente familiar sobre el curso de la esquizofrenia, por ejemplo, han demostrado que son un aspecto importante, al igual que otras variables socioculturales como el trabajo, que también precisan más investigación (Warner R. et al, 1995).

Se han descrito *factores de riesgo específicos del género* que influyen en los trastornos mentales comunes que afectan de manera desproporcionada a las mujeres. Estos incluyen las carencias socioeconómicas, estatus social bajo, violencia de género y la responsabilidad en el cuidado de otros.

También aparecen diferencias en cuanto a los *patrones de búsqueda de ayuda y tratamiento*. Es más probable que las mujeres soliciten ayuda y revelen que tienen problemas mentales a su médico de Atención Primaria, mientras que existen más probabilidades de que los hombres sean hospitalizados, lo cual produce sesgos que incrementarían las diferencias de prevalencia entre ambos. El grado de colaboración entre los niveles primario y especializado ha de ser estrecho, si se quiere conseguir el objetivo de una mejor atención a los pacientes con trastorno mental grave en general y con esquizofrenia en particular.

La repercusión de una adecuada actuación sobre las pacientes aquejadas de esquizofrenia, vendrá reflejada en la mejora de la calidad de vida en estas mujeres y en sus hijos. Es una labor de todos los clínicos involucrados en su tratamiento garantizar a la mujer con esquizofrenia los mejores cuidados durante el embarazo y periodo perinatal, lo que podría modificar el riesgo genético, y por otra parte dar cobertura a las necesidades específicas que presentan las mujeres con esquizofrenia en general y las que son madres en particular.



## **2. ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD MENTAL**

### *2.1 INTRODUCCIÓN*

**A**plicar el enfoque de género y promover su inclusión en programas de salud es en la actualidad un objetivo común a todos los niveles del sistema sanitario. Es un reto que precisa incorporar líneas y corrientes que consideren el concepto de salud integral, como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Es necesario hablar de factores sociales y de vulnerabilidad psicosocial, de cómo intervienen en la salud, afectan de forma diferente a hombres y mujeres repercutiendo directamente sobre el proceso de enfermar.

Aún hoy los estereotipos y modelos sociales de género colocan a las mujeres en posiciones de dependencia, por el tipo de actividades que desempeñan laboralmente o sujetas a las tareas de cuidado, que suponen impactos desfavorables, o al menos diferentes, para la salud.

Las categorías fundamentales componentes del enfoque de género son: la morbilidad diferencial, sesgo de género, diferencias en el estado de salud y en la atención en los servicios, y el análisis de los determinantes psicosociales de género.

Analizar el conocimiento que sobre este tema tienen actualmente en España los profesionales del ámbito sanitario y universitario, con el objetivo de ampliar y profundizar en los conceptos necesarios y en los instrumentos, es un primer paso para aplicar el enfoque de género en programas de salud, y más específicamente de Salud Mental.

### *2.2. MARCO CONCEPTUAL : EL GÉNERO COMO HERRAMIENTA EN SALUD*

El *género* se refiere a las características de hombres y mujeres, basadas en factores sociales -que son construidas socialmente- mientras que el *sexo* contempla los aspectos determinados biológicamente (Doc. de la OMS en Materia de Género).

El género define los roles socialmente percibidos, las responsabilidades, oportunidades e interacciones tanto de hombres como de mujeres que se encuentran bajo la influencia de determinantes familiares, culturales, políticos y económicos.

Las expectativas que subyacen entorno al significado de ser hombre o mujer determinan los comportamientos, las actitudes en materia de adopción de riesgos, sus comportamientos en salud, así como el uso y acceso a los servicios sanitarios.

Estas conductas adquiridas comprenden *la identidad de género* y determinan, junto a las diferencias biológicas, los roles de género durante la niñez. Los roles que la sociedad atribuye a las mujeres determinan su salud y el acceso a los recursos.

Los **modelos de género** vigentes en la sociedad occidental contemporánea son cuatro, según recoge S. Velasco Arias en su revisión sobre el tema (Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud, 2008):

- Modelo tradicional.
- Modelo de transición.
- Modelo contemporáneo.
- Modelo igualitario.

En las siguientes tablas nº 3, 4 y 5 se recogen las características principales y se resumen los procesos debidos a los roles de género y los conflictos en la vivencia de las identidades femenina y masculina que determinan riesgos para la salud en cada uno de los modelos.

### **-Modelo tradicional**

Plenamente vigente hasta finales del siglo XIX en el mundo occidental y con presencia social aún en las generaciones de más edad. La organización social está basada en la división sexual del trabajo y se apoya en el modelo patriarcal, basado en relaciones de género jerarquizadas de hombre a mujer.

Motivo de la unión es constituir el núcleo social básico: la familia. El matrimonio es permanente. Los papeles son distintos y dicotómicos. La familia es también depositaria de la propiedad y de su transmisión.

Tabla 3 : Modelo tradicional

<b>MUJERES</b>	<p><b>PROCESOS PSICOSOCIALES DE RIESGO POR ROL DE GÉNERO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Subordinación /Dependencia /Entrega/ Pasividad. Falta de autonomía.</li> <li>-Realización: la maternidad</li> <li>-Carencias por relación asimétrica de pareja : falta de comunicación íntima, ausencia de devolución de cuidados.</li> <li>-Limitación al espacio doméstico.</li> <li>-Ama de casa “sus labores”:Aislamiento con falta de estímulos, trabajo repetitivo, invisible, desvalorizado y no remunerado.</li> <li>-Falta de relaciones y apoyo social. Incomunicación.</li> <li>-Sobrecarga como cuidadora única:             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Enfermedades de los miembros de la familia: esposo,hijos,padres,suegros..</li> <li>* Sobrecarga física y emocional, abuso emocional por familiares.</li> <li>* Rol de soporte para todos.</li> <li>* Impacto de los conflictos de las personas a su cargo.</li> </ul> </li> <li>-Consumo de tóxicos de su pareja y otros</li> <li>-Abusos y malos tratos.</li> <li>-Falta de proyecto y realización propios.</li> <li>-Falta de tiempo propio y autocuidado.</li> </ul>	<p><b>PROCESOS SUBJETIVOS DE RIESGO POR CONFLICTOS EN IDEAL DE FEMINIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener posiciones pasivas y objetales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia</li> <li>• Resignación</li> <li>• Temor a perder al hombre</li> <li>• Exposición a abusos</li> </ul> </li> <li>-Sexualidad activa proscrita en la definición de feminidad tradicional.</li> <li>-Sentimiento de obligación de cuidar.</li> <li>-Frustración y duelo por abandono de pareja.</li> <li>-Dificultades con el ideal maternal (infertilidad o embarazos no deseados).</li> <li>-Ideal de “buena madre”: con hijos con enfermedad o marginados.</li> <li>-Periodos del ciclo vital que redefinen la feminidad ( maternidad,menopausia, histerectomía, mastectomía...)</li> </ul>
<b>HOMBRES</b>	<p><b>PROCESOS PSICOSOCIALES DE RIESGO POR ROL DE GÉNERO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Empuje al riesgo como demostración de fortaleza.</li> <li>-Actos de demostración de invulnerabilidad (riesgos físicos y consumo de tóxicos).</li> <li>-Dificultades con el rol sostenedor de la familia</li> <li>-Quiebras de la relación de propiedad de la mujer .</li> <li>-Pérdidas del rol de dominio.</li> <li>-Intolerancia al abandono de la mujer.</li> <li>-Recurso a la violencia</li> </ul>	<p><b>PROCESOS SUBJETIVOS DE RIESGO POR CONFLICTOS EN IDEAL DE MASCULINIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ruptura o abandono de la pareja.</li> <li>-Conflicto con ideal de “buen padre” con hijos con enfermedad o marginados.</li> <li>-Dificultad para responder al ideal de potencia y respuesta sexual.</li> <li>-Periodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad ( paternidad, pérdidas físicas, envejecimiento.....)</li> </ul>

**-Modelo de transición**

Desde principios del siglo XX. Cambio no acabado en el que hombres y mujeres han modificado el modelo social pero conservan valores tradicionales. Vivencia de que transgreden el modelo en que han sido socializados.

Núcleo social mínimo es la pareja. Motivo de la unión es convivir y los hijos un proyecto en común, una familia no jerarquizada. La estructura puede cambiar, no permanente. Trabajo remunerado de ambos, doméstico desigualmente repartido. Papeles múltiples esperados. No relación de subordinación.

**Tabla 4: Modelo de Transición**

<b>M U J E R E S</b>	<b>PROCESOS PSICOSOCIALES DE RIESGO POR ROL DE GÉNERO</b>	<b>PROCESOS SUBJETIVOS DE RIESGO POR CONFLICTOS EN IDEAL DE FEMINIDAD</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Igualitario en derechos y poder</li> <li>-Sostén de la vida cotidiana/ entrega /cuidado.</li> <li>-Realización: trabajo propio, vida de pareja satisfactoria, maternidad cuidadora.</li> <li>-Cuadros de sobrecarga por acumulación de roles antiguos y nuevos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doble jornada laboral (dentro y fuera de casa).</li> <li>• Triple jornada (dentro y fuera de casa cuidado de dependientes.</li> <li>• Cuidado de dos o más hijos pequeños.</li> <li>• “supermujer”, “abuela esclava”.</li> </ul> </li> <li>-Carga monoparental en soledad.</li> <li>-Frustración del proyecto personal de trabajo</li> <li>-Infravaloración y segregación en el trabajo remunerado frente al masculino.</li> <li>-Acoso laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transgresión de roles familiares y de feminidad esperados en mujeres .</li> <li>-Conflictos de pareja por redistribución de cargas, o posiciones de privilegio en los hombres.</li> <li>-Frustración y duelo por abandono de pareja.</li> <li>-Dificultades de compatibilidad con el ideal maternal ( desacuerdos sobre el deseo con la pareja, infertilidad)</li> <li>-Conflicto con el ideal de “buena madre”: con hijos con enfermedad o marginados.</li> <li>-Periodos del ciclo vital que redefinen la feminidad ( maternidad,menopausia, histerectomía, mastectomía...)</li> </ul>
<b>H O M B R E S</b>	<b>PROCESOS PSICOSOCIALES DE RIESGO POR ROL DE GÉNERO</b>	<b>PROCESOS SUBJETIVOS DE RIESGO POR CONFLICTOS EN IDEAL DE MASCULINIDAD</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Contradicciones de la innovación y posiciones de privilegio de los hombres.</li> <li>-Acceso a los roles tradicionalmente femeninos.</li> <li>-Roles de nuevos cuidados y compartidos cuestionados o mal vistos por el entorno.</li> <li>-Pérdida de contacto por separación con los hijos/as.</li> <li>-Carga monoparental en soledad.</li> <li>-Desvalorización en le trabajo.</li> <li>- Acoso laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nostalgia del rol y privilegios tradicionales masculinos.</li> <li>-Desconcierto ante confrontación de los nuevos modelos con ideales de masculinidad tradicionales.</li> <li>-Conflictos de pareja por redistribución de la autonomía y de las funciones.</li> <li>-Conflicto con ideal de “buen padre” con hijos con enfermedad o marginados.</li> <li>-Dificultad para responder al ideal de potencia y respuesta sexual.</li> <li>-Periodos del ciclo vital que redefinen la masculinidad ( paternidad, pérdidas físicas, envejecimiento.....)</li> </ul>

**- Modelo contemporáneo**

Segunda mitad del siglo XX y XXI. De la sociedad productiva se ha pasado a la sociedad de consumo, se da un lugar preferencial a los intereses individuales y el éxito personal junto al consumo de bienes materiales y el confort. La imagen ha de reflejar los signos del éxito, la belleza y disfrute.

Núcleo social mínimo el individuo. Motivo de la unión es el amor en pareja, compartir proyectos de vida, facilitar los proyectos individuales mediante el apoyo mutuo. Pareja compuesta por dos personas y en diversas modalidades de convivencia. Relaciones no jerarquizadas, igualitarias, no permanentes. Relación es sujeto a sujeto. Ideal de masculinidad/feminidad no dicotómico. Los hijos son proyectos individuales sumables. El individuo es el depositario de la propiedad y de su transmisión. Los círculos de amigos funcionan como la familia en cuanto a apoyo y tienden a ser más estables que las parejas.

**Tabla 5: Modelo Contemporáneo**

<b>M U J E R E S</b>	<b>PROCESOS PSICOSOCIALES DE RIESGO POR ROL DE GÉNERO</b>	<b>ROCESOS SUBJETIVOS DE RIESGO POR CONFLICTOS EN IDEAL DE FEMINIDAD</b>
	<p>-Actividad/ seguridad/ brillantez intelectual/ comprensión/ actividad y receptividad sexual/ capacidad maternal.</p> <p>-Realización : proyectos propios profesionales, de pareja, maternos.</p> <p>-Competitividad entre ambos por el éxito personal y laboral</p> <p>-El diferente desarrollo personal produce distanciamiento.</p> <p>-Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja.</p> <p>-La caída del interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo.</p> <p>-Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción.</p> <p>-Periodos largos de soledad y búsqueda.</p> <p>-Desistimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono.</p>	<p>- Ideal de feminidad focalizado en el cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Modelo de cuerpo delgado, seductor...</li> <li>* Insatisfacción con el propio cuerpo.</li> <li>* Restricción dietética, empuje al consumo, compulsión a cirugía remodeladora.</li> </ul> <p>-Ideal de eterna juventud.</p> <p>-Desorientación sobre requerimientos del amor.</p> <p>-Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas.</p> <p>-Falta de realización de maternidad por asincronía con las parejas o por competencia con el proyecto profesional</p>

<b>HOMBRES</b>	<b>PROCESOS PSICOSOCIALES DE RIESGO POR ROL DE GÉNERO</b>	<b>PROCESOS SUBJETIVOS DE RIESGO POR CONFLICTOS EN IDEAL DE MASCULINIDAD</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividad/ seguridad/ brillantez intelectual/ comprensión/ actividad y receptividad sexual/ capacidad paternal.</li> <li>-Realización : proyectos propios profesionales, de pareja, paternos</li> <li>-Competitividad entre ambos por el éxito personal y laboral</li> <li>-El diferente desarrollo personal produce distanciamiento.</li> <li>-Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja.</li> <li>-La caída del interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo.</li> <li>-Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción.</li> <li>-Periodos largos de soledad y búsqueda.</li> <li>-Desistimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ideal de masculinidad focalizado en el cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cuerpo fuerte, musculoso, potencia sexual, seductor.</li> <li>* Insatisfacción con el propio cuerpo</li> <li>* Vigorexia, empuje al consumo, cirugía remodeladora.</li> </ul> </li> <li>-Ideal de eterna juventud.</li> <li>-Desorientación sobre requerimientos del amor.</li> <li>-Necesidad de re-identificación (reajuste de identidad) con parejas sucesivas.</li> <li>-Falta de realización de paternidad por asincronía con las parejas o por competencia con el proyecto profesional.</li> <li>-Sobre-exigencia de satisfacción sexual.</li> </ul>

### **-Modelo igualitario**

Son las generaciones más jóvenes las que van acercándose más a este modelo, en la medida que han sido socializadas ya en un modelo no tradicional. Se establecen relaciones en igualdad y comprometidas entre los sexos. La pareja igualitaria, posiblemente sea el modelo protector de género, ya que en última instancia el riesgo de género procede de las relaciones que objetalizan a uno de ambos y de las contradicciones entre los ideales sociales y los personales.

Pero también seguirán estando expuestos, aunque vivan en este modelo, a otros factores psicosociales de riesgo para la salud como las pérdidas, la soledad, desarraigo, factores socioeconómicos, nivel cultural, situación laboral etc.

### 2.2.1 ENFOQUE DE GÉNERO EN PROGRAMAS DE SALUD

Realizar un **enfoque de género** en salud es tener en cuenta que:

- Las *diferencias por sexos* , por el hecho de ser hombre o mujer hay diferencias en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios.
- La construcción cultural y social distinta para cada sexo –*construcción de género*- , y puede haber diferencias debidas a estas construcciones de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.
- Las *relaciones de género* que existen en la sociedad debido a la jerarquía entre los sexos .
- Las *inequidades* en el estado de salud y atención sanitaria debidas al sexo y motivadas por factores de género que pueden ser evitables.

En la práctica actual coexisten varias líneas de enfoque de género (Velasco S., 2006) :

- 1- Línea de salud de las mujeres
- 2- Línea de desigualdades de género
- 3- Línea de análisis de determinantes de género.
- 4- Enfoque integrado de género

#### 2.2.1.1 Línea de salud de las mujeres

Fundamentada en que las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica. Se centra en los procesos del ciclo vital de los que proceden las necesidades de atención y la *morbilidad femenina diferencial*, debida a las diferencias biológicas con los hombres (Valls, C. 2006). Permite atender los procesos de salud-enfermedad relacionados con la menstruación, reproducción, maternidad, anticoncepción, sexualidad, climaterio etc , y hacer visibles sus *necesidades por ser mujeres*.

Se dirige por tanto a las necesidades de las mujeres y la finalidad es proporcionarles mayor capacidad de autonomía y de elección. Se materializa en medidas y recursos que no tienen porqué ser paralelamente proporcionados a los hombres. Son los *Programas de Salud de la Mujer* que se vienen realizando desde la década de los 70.

### 2.2.1.2 Línea de desigualdades de género

Se desarrolla en España en los años 90, parte de que la situación social de mujeres y hombres es diferente. La finalidad es alcanzar la equidad entre los sexos, usando como métodos describir la realidad identificando las diferencias por sexos y las desigualdades evitables, debidas a condiciones sociales de género (Rohfs, I. et al. 2000).

Se trata de identificar las *desigualdades en el estado de salud*, visibilizar la *morbilidad diferencial* por sexos, detectando la diferente prevalencia y presentación clínica de enfermedades comunes en las mujeres, como ocurre en enfermedades autoinmunes, endocrinológicas, musculoesqueléticas, mentales y dolor crónico (Valls, C. 2006).

Incorpora una visión en la que el problema no son sólo sus necesidades específicas, no se trata sólo de los problemas del ciclo vital o salud reproductiva, sino que afecta a cualquier problema de salud y al sistema de atención (Ruiz, M. T. 2001). Se asocia a otras variables determinantes también de salud, como la edad, etnia, trabajo, nivel educativo, cultura de origen y clase social, que forman un importante sistema de interrelaciones (Borrell, C. 2004).

Trata de identificar la atención diferente y errónea a cada sexo con igual sintomatología y diagnóstico, a esto es a lo que se denomina *sesgos de género en la atención*. Pueden darse en la recepción de las demandas en los servicios sanitarios, en el esfuerzo diagnóstico, en el terapéutico y en la investigación. Tanto la invisibilidad de la morbilidad diferencial como los sesgos de género en la atención son debidos a la influencia de estereotipos de género aún activos en la sociedad y en el medio sanitario.

### 2.2.1.3 Línea de análisis de determinantes de género

Esta tercera línea progresa en nuestra sociedad a partir del año 2000. El objetivo se centra en los hombres, las mujeres y sus relaciones. El objeto de estudio e intervención son los determinantes psicosociales para la salud, constituidos por los *modelos sociales* de género, que se reproducen a través de *los roles* de género y los contenidos de *la identidad* masculina y femenina.

Incorpora al enfoque de género el estudio de las actitudes, vivencias y formas de enfermar, consultar y morir que están influidas por los factores psicosociales y entre ellos, los *determinantes psicosociales de género*. Estos son los roles y modelos sociales de género, construidos por cada sociedad, y las vivencias subjetivas debidas a las identidades masculina y femenina, que a su vez están influidas por los ideales de feminidad y masculinidad (González de Chávez, M.A. 1999).



Se ocupa por tanto de los *factores de riesgo psicosocial*, que son aquellos que deberían prevenirse o abordarse de forma distinta en hombres y mujeres, y de la *vulnerabilidad de género* (Östlin, P. et al 2007).

El objetivo es transformar las relaciones de género y las posiciones subjetivas de hombres y mujeres, trata de influir en los modelos sociales de género.

El análisis de determinantes psicosociales debe cruzarse con las variables sociales de alto impacto sobre el estado de salud y la atención sanitaria, como son la edad, etnia, trabajo, nivel de estudios, clase social, situaciones de discapacidad.

Derivan de esta línea la promoción de modelos de intervención socio-sanitaria, métodos clínicos para modificar actitudes y posiciones subjetivas que mantienen las personas y la investigación sobre los determinantes psicosociales.

El ejemplo que aparece en la literatura al respecto es muy clarificador, se trata del Infarto Agudo de Miocardio (Informe de Salud y Género 2005, Observatorio de Salud de la Mujer). El IAM es más frecuente en hombres a todas las edades, pero la letalidad es el doble en las mujeres: a los 28 días del IAM es del 24% en mujeres frente al 10% en hombres; al año es del 26% en mujeres y 14% en hombres (Estudio sobre enfermedades cardiovasculares en España, 2007). No se ha encontrado causalidad biológica que explique suficientemente este hecho, pero sí que la forma de presentación clínica del IAM en las mujeres es distinta a la de los hombres, poco conocida y tenida en cuenta.

A la presentación de enfermedades comunes de forma diferente en ambos sexos se denomina *morbilidad diferencial*. Además hay un *sesgo de género* en la investigación que ha estudiado la enfermedad bajo el patrón masculino, debido en parte a la insuficiente presencia de mujeres en los ensayos clínicos, entre un 20-30 % (Valls, C., 2006).

Por otra parte el *estereotipo de género*, que considera que esta enfermedad es de hombres, influye en la infravaloración de la sintomatología cardíaca en mujeres. Se ha encontrado además que se realiza menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las mujeres, produciéndose un sesgo de género en la atención que conduce a la inequidad en la prestación de servicios.

Uno de los hechos encontrados es el mayor tiempo de llegada de las mujeres al hospital, además de que influidas por el estereotipo de que el infarto es una enfermedad masculina (factor social de género) por lo que pueden no interpretar sus síntomas como cardíacos, interviene el rol tradicional de la mujer de “cuidadora primero de la salud de su familia y después de la suya propia”, atendiendo primero estas tareas de cuidado, aún con síntomas presentes y decidiéndose a acudir después al hospital.

El aplicar el enfoque de género en el análisis del problema permitiría promover estrategias de cambio de los factores de género detectados. Realizar intervenciones socio-sanitarias sobre determinantes de género en la población y en la clínica, para que se tengan en cuenta, modificando las actitudes tanto de las mujeres como del personal sanitario.

#### 2.2.1.4 Enfoque integrado de género en salud

Lo idóneo es incorporar los valores utilizadas en las tres líneas descritas, incluyendo todas las categorías del enfoque: morbilidad diferencial, necesidades específicas de salud de los hombres y de las mujeres, atención a las desigualdades e inequidades y análisis de los determinantes psicosociales de género.

Podrían ser sintetizadas en el siguiente cuadro:

	ANÁLISIS INTEGRADO DE GÉNERO EN SALUD
LÍNEA 1	Diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención sanitaria Necesidades específicas en las mujeres / en los hombres Necesidades en procesos del ciclo vital para cada sexo Morbilidad diferencial por sexos
LÍNEA 2	Desigualdades de género en el estado de salud Sesgos de género en la atención Desigualdades e inequidad de género en el sistema sanitario
LÍNEA 3	Análisis de factores de riesgo diferenciales y procesos determinantes biopsicosociales Modelos sociales y roles de género: tradicional, transición, contemporáneo, igualitario Contenidos ideales de identidades masculina y femenina

#### 2.2.2 ANÁLISIS DE GÉNERO EN PROGRAMAS DE SALUD

El propósito del **análisis de género** es descubrir las diferencias debidas al sexo, al género y cómo estas afectan a problemas específicos de salud, a los servicios sanitarios y a las respuestas más efectivas por parte de los mismos.

La *exposición a factores de riesgo* es diferente en ambos sexos, las diferencias de género afectan al acceso a los recursos e influyen sobre las responsabilidades de los proveedores de servicios sanitarios y la población que demanda dichos servicios.

Los hombres y las mujeres tienen *diferentes necesidades*, estas deberían ser identificadas y abordadas de manera que sea posible dar una respuesta más adecuada y específica a cada uno. Todo ello lleva a la necesidad de contar con datos estratificados según sexo, para poder examinar las diferencias y analizar las razones que determinan y explican estas diferencias, así como el modo de abordarlas.

El género afecta ciertos eventos claves en el desarrollo de la salud a lo largo de la vida, además pueden estar afectados por otros determinantes sociales que interactúan con el género, como el nivel educativo y socio-económico.

Es decir que se podría realizar una tabla para identificar e ilustrar la relevancia de aplicar el análisis de género sobre aquellos factores significativos que influyen sobre la salud y desarrollo de los adolescentes y adultos a lo largo de la vida :

ETAPA DEL CURSO DE LA VIDA	FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA SALUD	MEDIACIONES DE GÉNERO	RESULTADOS
Ejemplo : Adolescencia	Alimentación y actividad física	Diferencias en el estímulo y desarrollo de habilidades para participar en actividades físicas y deportes. Diferencias en los hábitos alimenticios Diferencias en el IMC y auto-percepción de peso corporal.	Mayor incidencia en niños de accidentes viales (motos, coches) y aquellos asociados a la práctica de deportes.  Niñas presentan más problemas vinculados a la imagen corporal que los niños.
	Prevención de conductas de riesgo (tabaco, alcohol, otras sustancias, sexo no seguro)	Patrones de conductas de riesgo y de factores protectores basados en el género. Sesgos de género en las campañas de comunicación, servicios de salud.	Diferencias de género en el abuso de sustancias peligrosas. Diferencias de género en las tasas de suicidio. Diferencias de género en las tasas de depresión diagnosticada Grado de violencia de género, explotación sexual, matrimonio y embarazo en la adolescencia.
	Inicio de la vida sexual	Diferencias en acceso a los métodos de planificación y uso de anticonceptivos Diferencias en la negociación de las relaciones sexuales.	Práctica de sexo no seguro Diferencias en la vulnerabilidad a las ETS, VIH y embarazos no deseados.
	Prevención de accidentes	Desarrollo de comportamientos de riesgo o protectores basados en estereotipos de género	Diferencias en la proporción de accidentes asociados a uso de armas , consumo de tóxicos. Diferencias en la prevalencia de comportamientos agresivos Diferencias basadas en el género en la prevalencia de conductas preventivas

**Tabla 6:** Ciclo de vida.

*Herramienta de género. OMS. Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia-adolescencia. Documento de trabajo. Ministerio de sanidad y Consumo.*

**La herramienta de género** se basa en la evidencia que demuestra de qué manera las diferencias de género influyen sobre diferentes aspectos del proceso de salud-enfermedad de hombres y mujeres.

Sirve para:

- Identificar *factores* que influyen sobre la salud de los hombres y mujeres durante el curso de la vida.
- Identificar *acciones* que los sistemas sanitarios puedan implantar para abordar los aspectos de género identificados (necesidades, prioridades...)

Sus objetivos son :

- Incorporar e integrar el análisis de género en programas y políticas de salud.
- Identificar intervenciones con perspectiva de género que hayan demostrado ser efectivas para proteger la salud y promover su desarrollo.

Esta herramienta incluye consideraciones relacionadas con la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. La atención recibida durante el embarazo y en el momento del nacimiento constituyen determinantes significativos de la salud y supervivencia de los recién nacidos.

La mortalidad y la morbilidad infantil están íntimamente vinculadas con la pobreza y la capacidad de las mujeres para acceder a los servicios y poder decidir sobre la atención de sus hijos e hijas. Tal como señala la “Estrategia Europea para un Embarazo Seguro”, el esfuerzo por asegurar el acceso a una atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio inmediato para todas las madres y sus hijos resultan cruciales para el desarrollo temprano.

Algunos de los factores importantes que influyen sobre la salud de los hombres y mujeres durante el curso de la vida serían:

- Apoyo de la pareja en el cuidado de los hijos/as
- Diferencias en el acceso y control de la prevención de enfermedades de transmisión sexual como el HIV
- Conductas de riesgo diferentes en hombres que en mujeres como los accidentes de tráfico, consumo de tóxicos, alcohol.
- Mayor prevalencia en mujeres de los trastornos de conducta alimentaria
- Diferente prevalencia de depresión y suicidio en mujeres que hombres
- Diferente riesgo para sufrir violencia sexual.
- Diferencias en uso de servicios de anticoncepción y patrones de comportamientos sexuales

Factores que ponen de manifiesto las diferencias de género sobre la salud:

*-Diferencias en los factores de riesgo y de protección de la salud:*

los varones tienen más comportamientos de riesgo, lo que significa que tienen mayor prevalencia en el uso de sustancias peligrosas, de lesiones secundarias por accidentes viales. Por otra parte participan más en actividades deportivas promotoras de salud.

*-Desequilibrio entre las necesidades en salud y el acceso a los recursos:*  
en general las mujeres tienen menos recursos y acceso que los hombres.

*-Diferencias en los programas y políticas que afectan a hombres y mujeres:*  
importante evaluar de que manera cualquier acción planificada en salud afectará en cualquier área y en los diferentes niveles a hombres y mujeres , a los adolescentes , a los niños/as , incorporando las diferencias de género.  
Por ejemplo los programas orientados a prevenir el consumo de tabaco han tenido más éxito en los adolescentes que en las adolescentes debido a que no han considerado las dimensiones de género en los patrones de inicio de consumo de tabaco, en la publicidad, control del tabaquismo, etc (Documento OMS Europe 2007 , Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia . M. de Sanidad y Consumo).

Una vez que han sido identificados los aspectos de género, pueden **definirse acciones con sensibilidad de género** para ser incluidas en las prioridades sanitarias a establecer.

Las acciones del sistema sanitario se realizarían a dos niveles: de Políticas sanitarias y de los Servicios de atención sanitaria. La perspectiva de género debe incorporarse en el diseño, la planificación y la implantación de acciones para promover la salud y el desarrollo en las mujeres.

Se pueden establecer prioridades basadas en:

- grupo etáreo (curso de la vida)
- problema de salud
- nivel de intervención
- aspecto relevante

Cualquiera de estas acciones tendría que incluir los siguientes aspectos:

ACCIONES CON SENSIBILIDAD DE GÉNERO PARA LAS PRIORIDADES SANITARIAS SELECCIONADAS				
Prioridades	Mediaciones de género	Necesidad de información	Acciones desde los sistemas sanitarios	Acciones intersectoriales
Identificadas en el plan de Acción de la Estrategia Europea para la Salud y el Desarrollo en la Infancia y Adolescencia. OMS 2007 EUROPE	Grado en que las necesidades de las mujeres (trabajo y otras) y las diferencias culturales son consideradas	Propósito: aportar información necesaria para realizar un análisis de género en los aspectos de la salud, para integrar el género en los programas y políticas. Información estratificada por sexo y otras variables	A dos niveles: -políticas sanitarias -Servicios de atención sanitaria	Otros sectores además de la salud, como educación y trabajo, necesitan actuar para promover y mejorar la salud.

Algunas de las prioridades sanitarias identificadas con una sensibilidad de género en la Acción de la Estrategia Europea para la Salud y el Desarrollo en la Infancia y Adolescencia son:

- Salud materna y del recién nacido
- Nutrición de la embarazada y madres
- Enfermedades transmisibles (en las madres y en infancia)
- Salud de los adolescentes
- Accidentes y violencia
- **Salud Mental**
- Cuidado de mujeres y hombres con enf. crónicas y discapacitantes.

### *2.3. ENFOQUE INTEGRADO DE GÉNERO EN SALUD MENTAL*

#### 2.3.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

##### **2.3.1.1 Descripción por sexos**

El paso inicial es contar con datos de los trastornos mentales desagregados por sexos. Actualmente no siempre la información sobre enfermedades mentales está diferenciada por sexos y esto es una limitación. La primera acción es generar esta desagregación.

##### **2.3.1.2 Morbilidad diferencial por sexos en enfermedades mentales**

El sexo es una variable para caracterizar el problema. El género será después la categoría (no la variable) que permitirá analizar su significado y explicar las diferencias encontradas por sexos. La siguiente acción a realizar es por tanto diferenciar por sexos la incidencia, prevalencia, mortalidad y letalidad de las enfermedades mentales.

Según los datos publicados en el documento Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo), la prevalencia-año de cualquier trastorno mental en España es 8,48 , siendo el doble en mujeres (11,44 en mujeres y 5,25 en hombres). Los trastornos del estado de ánimo 11,47% en población general, son también más del doble en mujeres (15,85% en estas y 6,71% en hombres). La ansiedad es también el doble en mujeres. El consumo excesivo de alcohol es un 2,4% en población general (4,3% en hombres y 0,5% en mujeres). En los trastornos de la conducta alimentaria, la prevalencia de la anorexia nerviosa es de 1-3% en población general y el 90% de los casos son mujeres (Indicadores de Salud. La salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud, 2005).

### **2.3.1.3 Identificar necesidades específicas en salud mental de hombres y mujeres**

Reconocer que la unidad mínima en el análisis es hombre o mujer, supone visualizar que pueden tener formas de enfermar propias de las que derivan necesidades específicas, sin que queden ocultas bajo un patrón unificado para ambos sexos. Identificar necesidades de atención derivadas de *la morbilidad diferencial* femenina y masculina.

Pueden ser distintas enfermedades debidas a las *diferencias biológicas* del aparato reproductor o caracteres sexuales secundarios.

Por ejemplo el cáncer de próstata en los hombres y el cáncer de útero en mujeres son exclusivos de cada uno de los sexos y generan necesidades diferentes. El cáncer de mama tiene una morbilidad diferencial femenina, permite identificar necesidades específicas de las mujeres, aunque no sea debida a factores de género sino debida a la biología. Algunas de las medidas a tomar en base a estas necesidades específicas y diferentes serían mayor esfuerzo en la atención a los aspectos psicológicos del impacto del diagnóstico sobre la autoestima o la reconstrucción de la imagen corporal y la vida sexual.

También puede tratarse de *distinta vulnerabilidad biológica* por sexos (Muñoz, P.E. 1990) a los mismos factores ambientales y tóxicos.

Las mujeres son más vulnerables a los factores químicos ambientales, aunque se exponga en igualdad de condiciones que los hombres, por diferencias biológicas de absorción, metabolismo y excreción de tóxicos solubles en las grasas. Similar a lo que ocurre con la sensibilidad a ciertos psicofármacos o a sus efectos secundarios.

Las necesidades de los sexos son también diferentes en cada *momento del ciclo vital*. Así la adolescencia, maternidad/paternidad, madurez y menopausia etc. requieren enfoque diferencial de procesos y necesidades.

El embarazo, parto y puerperio son procesos del ciclo vital en las mujeres. Las depresiones en las mujeres pueden estar asociadas a las exigencias de este momento del ciclo vital y remitir. El proceso de paternidad, en el ciclo vital de los hombres, requiere atenciones específicas diferentes a las de las mujeres.

### **2.3.1.4 Identificar desigualdades de género en el estado de salud mental**

Los roles de género tradicionales desempeñados por hombres y mujeres, que imponen la demostración de logro y fortaleza con el empuje a los riesgos en los hombres, y a las mujeres una mayor dependencia y aislamiento, constituyen factores sociales de vulnerabilidad diferentes, se constituyen como situaciones sociales de género que influirían en el estado de salud.

Los impactos, por otro lado, pueden ser muy diferentes para las personas y grupos según las demás variables de situación cultural o económica.

Los trastornos mentales comunes - depresión, ansiedad y somatizaciones – son el doble de frecuentes en mujeres que en hombres. No parece que sea debido a factores biológicos ligados al sexo, que aunque puedan coexistir. Influyen factores psicosociales relacionados en parte con el rol tradicional, y en parte por acumulación de roles antiguos y nuevos, con la subsiguiente sobrecarga y tensiones. Es una forma de enfermar diferente causada por factores psicosociales de vulnerabilidad de género (Velasco Arias, S. 2008).

#### **2.3.1.5 Sesgos de género . Variabilidad en la demanda y en la atención en Salud Mental por el sexo de pacientes y de los sanitarios/as**

En primer lugar identificar la variabilidad en la demanda a los servicios de salud mental, es decir si los hombres y mujeres consultan de forma diferente por el mismo problema en los distintos escalones de los servicios sanitarios. Y si estas diferencias se deben a actitudes relacionadas con los modelos de comportamiento de género.

Es conocido que las mujeres acuden más a atención primaria, y los hombres a los servicios hospitalarios. Presentan sus quejas y síntomas de una misma enfermedad de diferente manera y no lo hacen en el mismo momento de gravedad. La socialización legitima la tendencia a pedir ayuda en las mujeres, la expresión de los sentimientos y miedos. Un claro ejemplo lo tenemos en la mayor demanda existente en los CSM por parte de mujeres, y en concreto en la depresión. Los hombres que acuden lo hacen a menudo por la impotencia, por la falta de rendimiento en el trabajo, o la apatía, y no es un motivo de consulta habitual la tristeza ni el llanto o la labilidad emocional.

Es también de suma importancia identificar diferencias en la forma en que los sanitarios y sanitarias atienden a los y las pacientes, tanto en el esfuerzo diagnóstico como en el terapéutico. O si, a igualdad de síntomas, se realizan distintos diagnósticos debidos a la estigmatización del enfermo mental por un lado, a lo que se suma en estos casos la desvalorización por el sexo (ser enfermo mental y además mujer). Lo cual constituye un sesgo de género en la atención mental. Un ejemplo sería la actuación de los sanitarios ante la dependencia al alcohol en una mujer que consulta por otro trastorno mental, o en una mujer con psicosis activa que acude a urgencias refiriendo dolor precordial o dolor abdominal.

Por tanto tratar de identificar qué estereotipos de género son los que actúan en los agentes de salud y en los pacientes, y que motivan las actitudes que desembocan en sesgos diagnósticos y terapéuticos. Estereotipos de carácter desvalorizador de las quejas o de la gravedad de las mujeres, y que hacen que no se les proporcione los mismos servicios o la misma calidad, uniéndose a los generados por tener una enfermedad mental los generados por ser además una mujer, con las consecuentes desigualdades en los resultados para su salud.



Un claro ejemplo es que ante el síntoma de fatiga, del que se quejan más las mujeres que los varones, estas tienen más posibilidades de ser diagnosticadas de ansiedad o depresión que los varones, a los que se les realiza un estudio somático más exhaustivo y se les diagnostica con más frecuencia de un síndrome de apariencia somática -Sd. de fatiga crónica-, mejor considerado que un diagnóstico psicopatológico (Furhrer, R. 1995 ; Valls, C. 2006).

Algunas de las preguntas que están actualmente sin respuesta a este respecto serían: ¿se realiza el mismo esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las mujeres con enfermedad mental?, ¿se tiende a dar distintos diagnósticos a ambos sexos, a igualdad de síntomas?, ¿las diferencias son debidas a estereotipos de género que minusvaloran lo que les ocurre a las mujeres con enfermedades mentales?, ¿se aprecian resultados diferentes de salud para los enfermos mentales de ambos sexos debidos a diferente atención?, ¿cómo se relacionan con otras variables como edad, etnia, nivel educativo, clase social y situación de discapacidad?.

## 2.3.2 ANÁLISIS DE FACTORES DETERMINANTES DE GÉNERO EN SALUD MENTAL

### 2.3.2.1 - Factores de riesgo

Se trata de identificar y analizar los factores psicosociales que influyen en la forma de enfermar de hombres y mujeres, y en la forma de ser atendidos en los servicios sanitarios. Breilh (2003) los llama *procesos psicosociales* en el sentido de que no son factores estáticos, sino modos de vida que producen vulnerabilidad.

Se trata por tanto de la vulnerabilidad debida primariamente a factores de género, de los condicionantes de las formas de vida de cada sexo. Puede tratarse de hábitos, modelos de conductas, roles, ideales, identidades sexuales, actitudes y formas de relación entre los sexos.

Siempre simultáneamente es necesario hacer el análisis de la interacción de los determinantes de género con variables sociales como la edad, etnia, situación laboral, clase social, nivel educativo, discapacidad.

Estos procesos son un instrumento de análisis porque tienen potencial explicativo de las diferencias por sexos en los estados de salud general y de salud mental, y son generadores de estereotipos que inducen **sesgos de género en la atención en salud mental**.

Los procesos psicosociales de género determinantes de salud pueden generarse a dos niveles:

- Sobre la forma de funcionar de hombres y mujeres: **estereotipos sociales**
- Generando **actitudes y vivencias individuales** que aumentan la vulnerabilidad.

Ejemplos de ello serían el estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado, son más débiles afectivamente y probablemente no están realmente enfermas (modelo tradicional). Este estereotipo subyace en la tendencia en los servicios sanitarios a dar menos importancia a los síntomas de las mujeres, produciendo sesgos en el esfuerzo diagnóstico. O el aumento de vulnerabilidad que se produce en las jóvenes con la identidad en formación, al tener que responder con un cuerpo delgado al ideal de feminidad (modelo contemporáneo de género), favoreciendo los trastornos de la alimentación (Velasco, S. 2006).

Por tanto hay que analizar qué factores psicosociales de género determinan la enfermedad, es decir están asociados a la misma enfermedad en cada uno de los sexos, y por otro lado si existe vulnerabilidad diferencial por sexos para el mismo factor psicosocial.

Las alteraciones mentales comunes (dolor y somatizaciones), de prevalencia creciente en las mujeres, son un ejemplo de que **el mismo tipo de trastorno está asociado a distinto proceso psicosocial en cada sexo**. En las mujeres asociado a la sobrecarga física y afectiva que supone la obligatoriedad de cuidados, imperativo del rol de género tradicional, que es un factor determinante de género de primer orden. En los hombres los procesos que les enferman de los mismos cuadros son diferentes, son los conflictos en el trabajo y de pareja, en los que la vulnerabilidad procede del menoscabo de los valores de la masculinidad tradicional (Burin, M.;1991) .

Pero también hombres y mujeres pueden tener **distinta vulnerabilidad a los mismos factores psicosociales**, debido a que los roles y modelos de género condicionan un impacto y significado distinto de una misma experiencia.

Dos de los ejemplos más ilustrativos y habitualmente mencionados en la literatura al respecto son, por un lado el tener dos o más hijos pequeños. Este es un factor de riesgo para la salud de las mujeres, y sin embargo no lo es para los hombres. Esto es debido a la diferencia de las cargas y el significado de la maternidad y la paternidad. El significado de los hijos en el ideal de masculinidad y feminidad es también distinto. En consecuencia lo que les ocurre a los hijos no tiene el mismo impacto en la salud para ambos. Estos factores pueden explicar determinados impactos en la salud diferentes por sexos. Así la mortalidad en los padres tras la muerte de un hijo es diferente (Li Jiong et al. 2003), multiplicándose por 4 en los tres años siguientes al fallecimiento del hijo/a, con un incremento de un 40% de posibilidad de morir en los 18 años siguientes, y estas posibilidades son mayores en las madres que en los padres.

Otro ejemplo muy conocido es el que el matrimonio es un factor de riesgo de salud para las mujeres, mientras que es un factor protector para los hombres. Para estos últimos el matrimonio supone apoyo logístico y afectivo, cuidados, potencia sus posibilidades de trabajar, de proyección y reconocimiento social. Todos ellos factores protectores de salud. Mientras que para las mujeres es una fuente de sobrecarga de trabajo y una dificultad para la dedicación y promoción profesional y social.

La depresión es más prevalente en mujeres y lo es más en clases sociales más desfavorecidas. Las mujeres de estas clases sociales y menor nivel educativo que viven sobre todo bajo determinantes de género tradicionales- como pasividad, dependencia económica y afectiva, ausencia de proyecto propio, trabajo de ama de casa, sin recursos económicos para delegar cargas-, son potentes determinantes de depresión (Rodríguez-Sanz, M. 2005) . Cuando los factores socioeconómicos son negativos se profundizan las desigualdades desfavorables para las mujeres.

### **2.3.2.2. - Factores de protección**

También se deben identificar factores psicosociales protectores de género.

Para las mujeres una parte de estos son :

- Alcanzar posiciones activas: autonomía e independencia.
- Proyectos y realizaciones propias.
- Crear red de encuentro y apoyo social
- Resolver las sobrecargas compartiendo y conciliando, no apoyar todo su proyecto vital en el cuidado de los otros.

Para los hombres son:

- Abandonar las sujeciones del modelo tradicional, posiciones demostrativas de fortaleza o propiedad sobre la mujer.
- No ser víctima de los modelos sociales
- Acceder a las esferas personal y social de forma más igualitaria : compartir, conciliar, participar de los cuidados.

En resumen, en lo referente a la Salud Mental , destacan como *mediadores de género*:

- Actitudes , hábitos y conductas en etapas tempranas de la vida.
- Diferencias en las respuestas a contextos de peligro, violencia y carencias.
- Diferencias de género en las conductas suicidas e intentos de suicidio.
- Estigmatización hacia comportamientos que no responden a los estereotipos
- Estereotipos que condicionan diferencias o incluso la falta de búsqueda de servicios asistenciales por parte de pacientes hombres y mujeres con unos determinados tipos de trastornos mentales (depresión en niños, alcoholismo en mujeres por ejemplo).
- Sesgos de género por parte de los servicios sanitarios en el abordaje de los problemas de salud mental.
- Los modelos sociales: estereotipos asociados a pautas de crianza y procesos de socialización.
- Los roles de género y las identidades masculina y femenina: Analizar las actitudes y comportamientos de las personas expuestas a riesgos biopsicosociales y que se deben a estar sujetas a roles y valores socialmente contruados de identidades femeninas o masculinas.

Por ejemplo depresión y los dolores músculo-esqueléticos sin causa orgánica, asociados en muchos casos a la pasividad, aislamiento y falta de autonomía de las mujeres, basada en el rol tradicional femenino. Mientras que el mayor

consumo de tóxicos por los varones y el empuje al riesgo tendría que ver en parte con el modelo de masculinidad tradicional (Velasco, S. 2007). Por ejemplo las mujeres desempeñan la función de cuidadoras de los hijos y personas dependientes, esta función sin los apoyos mínimos es un factor psicosocial de alto riesgo para la salud mental (trastornos de ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos...). Las medidas y acciones que ayuden a facilitar el aumento de su autonomía, a modificar y no perpetuar las situaciones de riesgo contribuirán al balance de género positivo.

### 2.3.3 ELECCIÓN O PRIORIDAD DEL PROBLEMA

Es necesario también en Salud Mental priorizar entre distintos procesos de salud-enfermedad para destinar recursos e intervenciones, o valorar la pertinencia de introducir el enfoque de género teniendo en cuenta :

#### **-La relevancia del problema para las mujeres y los hombres**

##### **-Sensibilidad a múltiples categorías de análisis de género**

Un problema de salud mental puede ser sensible al análisis de uno, varios o ningún aspecto de género. Cuantos más aspectos estén implicados en el problema, mayor sensibilidad tendrá a este tipo de enfoque .

La depresión está fuertemente determinada por factores psicosociales de género. Presenta gran diferencia por sexos con prevalencia doble en mujeres y se producen sesgos de género en la atención, por diferentes diagnósticos entre hombres y mujeres con igualdad de síntomas, como sobre-diagnóstico de depresión en mujeres en detrimento de algunas enfermedades orgánicas posibles, así como de patologización de procesos psicosociales que no necesariamente son una depresión. Por todo esto la sensibilidad de la depresión al enfoque de género es muy alta.

##### **-Vulnerabilidad del problema a los condicionantes de género**

El hacer previamente una aproximación a los factores bio-psico-sociales que intervienen en la enfermedad mental permite valorar si ese proceso de salud es accesible o adecuado a este tipo de intervenciones .

Debiendo después formularnos las siguientes preguntas: ¿es posible actuar sobre desigualdades, actitudes y modelos de género que determinan el problema o el trastorno de salud mental?, ¿reducir las desigualdades mejorará los resultados de salud?, ¿los posibles cambios en actitudes de género mejoran sustancialmente la vulnerabilidad de las personas a ese problema o trastorno de salud mental?

### 2.3.4 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Relacionados con las categorías del enfoque de género, como son:

- Identificar sesgos de género en las enfermedades mentales
- Cubrir necesidades específicas de mujeres y hombres con enfermedad mental.
- Reducir las inequidades entre ambos y abordar adecuadamente las diferencias
- Influir en el cambio de determinantes psicosociales de género en la salud mental
- Potenciar cambios favorables con la participación de la población y personal sanitario

### 2.3.5 MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

Se basan en los valores y principios de la línea de salud de las mujeres y el enfoque biopsicosocial de la salud mental . Este último fundamental e ineludible para el enfoque de género, ya que el género mismo se compone de factores psicosociales (Velasco, S. 2006)

- 1- Considerar a las mujeres como sujetos del problema :** a menudo se interviene sobre aspectos de salud en los que la mujer es cuidadora o agente de transmisión de una enfermedad, y no como sujeto de la enfermedad en sí misma.
- 2- Incluir acciones sobre el contexto socio-cultural y la vivencia subjetiva**  
Programando acciones sanitarias que influyan en los factores psicosociales que determinan el problema de salud. Intervenciones sobre las personas, en grupos o a nivel individual, actuando sobre los factores biológicos pero también sobre los factores psicosociales.
- 3- Incluir métodos para modificar los determinantes de género**  
Tanto de las actitudes personales como sociales: potenciando mensajes, modelos alternativos, y el cambio de las actitudes personales enfermanes.
- 4- Incluir estrategias para la activación subjetiva de la mujer**  
Disminuir las posiciones de pasividad y falta de autonomía: Potenciando a la paciente a enfrentarse con sus problemas de salud . Favoreciendo la participación activa de las pacientes. Reconocer al paciente como el que tiene el conocimiento sobre sus padecimientos, para favorecer su autorresponsabilidad.
- 5- Promover la participación de los enfermos/as mentales**  
Tender a que actúen en la sociedad, a través de las Asociaciones, de actividades de resocialización, no siendo sólo objeto pasivo de lo social.

Debe hacerse el análisis posterior de los efectos de la intervención sobre la estructura social, sobre las actitudes y roles de género, y si las medidas que se toman tienden a corregir o a perpetuar el modelo tradicional de género, si ayudan a corregir desigualdades o las profundizan.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 3.1 CUESTIONES METODOLÓGICAS PREVIAS

##### 3.1.1 DETECCIÓN DE CASOS

En el caso de enfermedades con un grado bajo de frecuencia, como es la esquizofrenia, los *estudios en población general*, debido al gran tamaño de la muestra que debe ser analizada para determinar la incidencia en grandes poblaciones, son muy costosos y difíciles de realizar. Además, las estimaciones de prevalencia de trastornos infrecuentes son particularmente sensibles a la ausencia de respuesta selectiva.

Hay datos de que los pacientes con esquizofrenia en la comunidad, tienen menor probabilidad que otras personas de responder a las encuestas o de aparecer en muestras de poblacionales si viven en recursos residenciales específicos o generales como residencias de ancianos (Kessler RC et al,2005). Muchos pacientes graves probablemente no estén representados en estos estudios porque viven en contextos institucionales, o no responden a las encuestas.

Por ello con frecuencia se utiliza la *incidencia de casos en tratamiento*, es decir los valores de incidencia que provienen del recuento de nuevos casos vistos en los servicios de tratamiento dentro de una población dada durante un periodo de tiempo determinado.

Los *estudios epidemiológicos de poblaciones clínicas* tienen algunas ventajas respecto a las encuestas epidemiológicas de la población general, como son el que obtienen una información más detallada sobre el contenido y la evolución de los tratamientos en pacientes procedentes de contextos clínicos de una región geográfica bien definida.

La evaluación de casos en estos estudios puede ser bastante exhaustiva, ofrecen un cuadro menos sesgado del uso de servicios clínicos y de la magnitud de las necesidades asistenciales no satisfechas. Así en los *estudios longitudinales* que incluyen a pacientes tras un primer contacto, existe la misma probabilidad de incluir a usuarios frecuentes y poco frecuentes de los servicios, por lo que ofrecen una perspectiva más equilibrada de los patrones de utilización de servicios y de las necesidades de lo que es posible cuando se extraen de muestras clínicas transversales (Mojtabai R, 2009).

Existen cuatro métodos principales para la detección de casos en los estudios epidemiológicos que investigan la esquizofrenia:

La *revisión de una comunidad*, método en el que se entrevista a cada miembro accesible de una comunidad, o una muestra seleccionada representativa de ésta. Este abordaje solo puede llevarse a cabo en comunidades pequeñas de áreas limitadas por razones geográficas. Para las grandes poblaciones se necesita un muestreo aleatorio y requiere que se empleen amplias muestras de población para detectar un número de casos estadísticamente suficiente.

Otro abordaje es el de utilizar *el registro de casos psiquiátricos* y el de los contactos de los pacientes con los servicios de tratamiento. Se parte de la presunción de que casi todos los esquizofrénicos en las sociedades desarrolladas antes o después reciben atención médica especializada. Este tipo de abordaje depende claramente del buen funcionamiento del registro de casos, sistema costoso del que sólo disponen algunas comunidades. Los estudios que utilizan registros de casos de pacientes permiten identificar subgrupos de pacientes que abandonan el tratamiento o que utilizan menos servicios, pacientes que no están bien representados en muestras clínicas transversales.

La tercera forma se basa en la *identificación de informantes clave* debidamente seleccionados, muy al tanto de lo que ocurre en la comunidad porque tienen amplias relaciones sociales y un conocimiento íntimo de su cultura. Este es el utilizado en diversos estudios epidemiológicos en los países en desarrollo, pero tiene serias limitaciones en la compleja y más anónima forma de vida de las sociedades industriales.

El cuarto abordaje se fundamenta en la información disponible en diversos *servicios de tratamiento*, incluyendo hospitales psiquiátricos, los hospitales generales, consultas externas, clínicas privadas, etc. Las principales limitaciones de este abordaje son: a) la baja representación de las personas con esta enfermedad que no tienen contacto con los centros de tratamiento y b) la alta contabilidad de casos con características clínicas que no son representativos de las personas con este trastorno en la comunidad.

El *sistema de búsqueda de casos* es la mayor fuente de error y contribuye de manera decisiva a la existencia de grandes variaciones en los valores de incidencia de la Esquizofrenia.

En el *diseño longitudinal* su duración y la selección de los instrumentos (actualmente tiende a utilizarse instrumentos consensuados) añaden diferencias relacionadas con la selección de *las variables* y su *medición*. Los estudios realizados a partir del año 2000 realizan periodos de seguimiento de los casos más largos, y en general presentan un mayor control metodológico.



*Los diseños longitudinales* permiten una investigación más rigurosa de las relaciones potencialmente causales entre las variables evaluadas y su influencia en la evolución del paciente, que los transversales.

Las limitaciones metodológicas se relacionan sin duda con la disparidad en los resultados de diferentes estudios. Sesgos metodológicos frecuentes en los estudios son: muestras pequeñas, no distinción de pacientes agudos y crónicos, carencia de grupo control, la gravedad o la duración del seguimiento, que cuestionan muchos resultados.

### 3.1.2 SISTEMA DIAGNÓSTICO EMPLEADO

Otra cuestión fundamental es el *sistema diagnóstico empleado* por los investigadores. Al usarse distintos sistemas en las diferentes partes del mundo y en las diferentes épocas, se hace difícil comparar los datos publicados en diferentes países.

En la amplia revisión y análisis realizada por la OMS (*Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia* 1995) subdividen los estudios en tres grandes grupos. Los que usan “diagnóstico restringido” (que significa el síndrome esquizofrénico central definido por la categoría CATEGO S +), los que usan “diagnóstico normalizado” (el abordaje clínico para llegar a un diagnóstico que es generalmente empleado en la mayor parte del mundo) y los que emplean “diagnóstico en sentido amplio” (sistema diagnóstico empleados en EEUU antes de la introducción del DSM –III en 1980). La evolución de las clasificaciones internacionales, como la CIE o el DSM, supuso un paso más en la facilitación de medios para alcanzar mayores niveles de consenso (Warner R, 1995).

Incluso dentro de aquellos que usan las mismas clasificaciones diagnósticas existe una amplia variabilidad entre los estudios, algunos restringen la inclusión a la categoría 295 de la CIE-9 (psicosis esquizofrénicas), otros incluyen trastornos de la categoría 297 (estados paranoides) y otros trastornos de la categoría 298 (psicosis no orgánica).

Los *sistemas de valoración diagnóstica* empleados tienen una importancia capital en la investigación epidemiológica, ya que al cambiar los criterios diagnósticos y clasificatorios para la Esquizofrenia se pueden afectar de forma significativa el índice de prevalencia del trastorno detectado en los estudios de una comunidad o de una muestra de población en tratamiento.

Las diferencias entre los distintos sistemas diagnósticos vienen condicionadas por la elección de diferentes criterios sobre los síntomas y la duración del proceso, por la estructura de los algoritmos diagnósticos de cada uno y por la distinta evaluación de los síntomas afectivos. Muchas de las grandes diferencias en los índices de prevalencia encontradas en distintos estudios están totalmente relacionadas con las distintas definiciones empleadas y el cambio de los hábitos diagnósticos a lo largo del tiempo en los pacientes psiquiátricos.

Un sesgo importante de los estudios es el derivado de la comparación de muestras que cumplen criterios diagnósticos del DSM-IV para Esquizofrenia frente a únicamente criterios CIE-10, sesgo que subraya autores como Sharma (Sharma T. et al, 2003). A diferencia de la CIE-10, para establecer el diagnóstico el DSM-IV exige un tiempo mínimo de seis meses de presencia de síntomas, con afectación de la actividad cotidiana. Por tanto los estudios con muestras que emplean criterios DSM-IV podrían presentar a priori un nivel significativamente mayor de severidad de los síntomas y del cuadro general de la enfermedad.

Warner y Girolano (1995) recogen una revisión llevada a cabo por Loranger en 1990, en uno de los más grandes hospitales psiquiátricos americanos, en la que comparó los diagnósticos dados a 5143 pacientes en los últimos 5 años del DSM-II (1975-79) con los dados en los 5 primeros años del DSM-III (1981-85) a 5771 pacientes, y encontró una marcada disminución en el diagnóstico de esquizofrenia, de 25% a 13%, junto con un incremento en el diagnóstico de trastornos de la personalidad y de trastornos afectivos.

Muchos de los casos diagnosticados como esquizofreniformes, psicosis atípicas, psicosis reactiva y trastorno esquizotípico de la personalidad, de acuerdo con los criterios DSM-III podrían haber sido diagnosticados como esquizofrenia con el DSM-II.

Stoll et al.(1993) encontraron amplios cambios recíprocos en las frecuencias de los diagnósticos de esquizofrenia y de trastornos afectivos mayores. Entre las razones aducidas para que existan estos cambios tan sustanciales, los autores mencionan la restrictiva definición de la esquizofrenia en el DSM-III y la amplitud para la inclusión en la categoría de trastorno afectivo.

En la siguiente Tabla se especifican las ratio de Incidencia año por género para la Esquizofrenia según los diferentes sistemas diagnósticos.

**TABLA 7:** RATIO POR GÉNERO SEGÚN DIFERENTES SISTEMAS DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESQUIZOFRENIA

Criterios Diagnósticos	Ratio Incidencia por 100 000 hab por año		
	Mujeres	Hombres	Ratio Mujer : Hombre
<b>ICD-9</b>			
Onset <45 años	17,8	25,2	0,71:1
Onset >45 años	17,1	10,4	1,64:1
Todas edades de inicio	17,6	19,2	0,92:1
<b>RDC</b>			
Onset <45 años	10,4	16,4	0,63:1
Onset >45 años	14,3	8,7	1,64:1
Todas edades de inicio	11,9	13,7	0,87:1
<b>DSM-III-R</b>			
Onset <45 años	5,2	11,1	0,47:1
Onset >45 años	9,0	5,2	1,73:1
Todas edades de inicio	6,7	9,0	0,74:1
<b>DSM-III</b>			
Onset <45 años	6,3	13,9	0,45:1
<b>Criterios Feighner</b>			
Onset <45 años	6,0	14,8	0,41:1

Fuente : Castle et al., 1993

### 3.1.3 LA MUESTRA

Las muestras reclutadas con frecuencia incluyen en un mismo grupo pacientes hospitalizados con pacientes comunitarios, otras veces el sesgo está en el concepto o término empleado como “crónicos”. El no contar con una definición consensuada sobre lo que se entiende por paciente crónico o por primer episodio, conduce a que algunos autores mezclen en sus muestras pacientes diversos, como son pacientes con episodios psicóticos secundarios a otras patologías que no cumplirán en un futuro criterios de Esquizofrenia.

Un sesgo de estas muestras es que un subgrupo de pacientes con primer episodio psicótico no desarrollará después un trastorno Esquizofrénico. Otro sesgo adicional en las muestras es la falta de datos para pacientes que no requieren o rechazan el seguimiento controlado por parte del equipo terapéutico.

En el seguimiento a largo plazo de la muestra se produce la llamada “**muerte muestral**”, que de nuevo imprime *sesgos en las características de la muestra que se mantiene en el estudio*. Se ha postulado que el que sean pacientes que tienen una mayor adherencia al tratamiento, que necesitan un mayor control terapéutico por parte del equipo terapéutico, tendrían particularidades a nivel clínico, con un curso evolutivo diferencial no representativo del total del grupo.

### 3.2 ESTUDIOS DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

#### 3.2.1 ESTUDIOS SOBRE PREVALENCIA

Los estudios de prevalencia de la esquizofrenia en población general muestran una gran variabilidad, incluso entre los que emplean abordajes epidemiológicos muy parecidos. Los mismos problemas metodológicos que contribuyen a la variación en las estadísticas de incidencia pueden aplicarse a los estudios de prevalencia, donde son amplificadas por las diferencias en los índices de recuperación, de migración y de mortalidad.

Una fuente adicional de variabilidad es el periodo sobre el que se calcula la prevalencia (puntual, durante un periodo, durante toda la vida). La prevalencia durante toda la vida de la población no se ve afectada por los índices de recuperación, pero sí por el índice de emigración y de mortalidad entre las personas afectadas (Warner R,1995).

Esta variabilidad en la prevalencia ha sido destacada en diversas revisiones (Eaton, 1995; Torrey, 1987). Torrey consideró que los resultados apoyan la posibilidad de que exista realmente una diferencia de hasta 10 veces en la prevalencia, comparable a los rangos de prevalencia encontrados para la artritis reumatoide. También apuntó que el gradiente norte-sur en la distribución de la esquizofrenia es similar al encontrado en la enfermedad cardíaca y la esclerosis múltiple.

Bolsas de población de alta prevalencia de esquizofrenia se han encontrado en todas partes del mundo, en distritos del círculo polar ártico de Suecia y de Finlandia, del oeste de Irlanda y la península de Istria (Croacia). Cada una de estas áreas se caracteriza por altas tasas de emigración junto a situaciones precarias de subsistencia. Es probable que estas cifras de prevalencia estén artificialmente elevadas tanto por la emigración de las personas sanas como por el retorno a sus lugares de origen de las personas que se ponen enfermas en el extranjero (Warner R,1995).

Otro de los factores que pueden explicar las diferentes prevalencias encontradas entre países desarrollados y en desarrollo, y las cifras de prevalencia tan bajas encontradas en el tercer mundo, es la mayor tasa de recuperación en los países en desarrollo y el más alto índice de mortalidad de los enfermos de psicosis en ellos (OMS,1979;Warner,1983; Jablensky et al.,1992).

Jablensky (1986) en su revisión de 26 estudios epidemiológicos europeos llevados a cabo entre poblaciones geográficamente bien definidas, halló que la *prevalencia puntual* se situaba entre el 2,5 y el 5,3 por mil, con un riesgo de morbilidad individual entre el 0,36% y el 1,87%. Este autor señaló (1988), que existe otro síndrome con una etiología heterogénea y un patrón similar de distribución geográfica, el retraso mental.

Häfner argumenta a este respecto que el grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia puede estar distribuido de manera continua a lo largo de los diferentes estratos de la población. Una definición restrictiva de esquizofrenia, como la CATEGO S+, cortará en un punto y contendrá una cierta proporción de casos. Criterios diagnósticos más amplios recogerán una mayor cantidad de personas con trastornos del espectro esquizofrénico.

**Tabla 8:** ESTUDIOS SOBRE LA PREVALENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA.  
PREVALENCIA POR 1000 HABITANTES

Autores	País	Población	Tipo de estudio	Edad grupo (años)	Periodo	Prevalencia x 1000	
						Sin corrección factor edad	Con corrección factor edad
Europa							
Wing y Fryers (1976)	Reino Unido	Urbana	Serv. Sanitario	—	Puntual	1,8	
Nielsen (1977)	Dinamarca	Rural	Censal	>14	t.v.	2,2	2,7
Walsh et al. (1980)	Irlanda	Rural	Serv. sanitario	>14	Puntual	7,1	9,8
Dilling y Weyerer (1984)	Alemania	Rural	Censal	>15	Puntual		3,9
Zimmerman-Tansella et al. (1985)	Italia	Urbana	Serv. sanitario	>13	1 año		1,3
Vazquez-Barquero et al. (1987)	España	Rural	Censal	> 17	puntual		5,6
Mavreas y Bebbington (1987)	Reino Unido	Urbana	Censal	>18	Puntual		13,0
Widerlov et al (1989)	Suecia	Rural	Serv. sanitario	18-64	t.v.		0,7
Lehtinen et al (1990b)	Finlandia	Urbana y rural	Censal	18-64	puntual		2,7
Bramrah et al. (1991)	Reino Unido	Urbana	Serv. sanitario	>14	1 año		7,5
Youssef et al (1991)	Irlanda	Rural	Censal	>14	1 año	3,3	4,6
Folnegovic-Smalc (1992)	Croacia	Urbana o rural	Censal	20-64	3 m		1,5
Norteamérica							
Myers et al. (1984)	EEUU	Urbanas (distintos)	Censal	>17	6 m		6,0 – 11,0
Blazer et al. (1985)	EEUU	Rural	Censal	>17	6 m		6,0
Burnan et al. (1987)	EEUU	Urbana	Censal	>18	6 m		6,0
Bland et al.(1988)	Canada	Urbana	Censal	>18	t.v.		0,3

Fuente: Extraída de R. Warner & G de Girolano. "Epidemiología de la esquizofrenia", del libro "Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia" OMS 1995. **Censal** = estudio sobre el censo de población (incluidos datos recabados de informadores). **Serv. Sanitario** = estudio sobre datos de servicios sanitarios.

**t.v.** = prevalencia a lo largo de toda la vida de cada persona de la población considerada

Por otra parte en la distribución de la patología mental desde la población general al hospital, tenemos que considerar el modelo de Goldberg y Huxley, referencia clásica para entender como se distribuye la morbilidad psiquiátrica en los diferentes niveles.

En 1980 David Goldberg y Peter Huxley publican el texto “Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care”, que se basa en el sistema de salud británico, modelo que tiene gran número de similitudes con el español, que hace que sus conclusiones tengan correlato con la realidad española y se puedan aplicar sus conceptos y hallazgos. Es un esquema compuesto por cinco niveles donde pueden encontrarse diferentes cifras de morbilidad psiquiátrica y cuatro filtros que influyen en estas diferencias.

**Tabla 9:** MODELO DE CINCO NIVELES Y CUATRO FILTROS, CON LA ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA ANUAL DE ENFERMEDAD MENTAL EN CADA NIVEL

<b>Nivel 1</b>	<b>La Comunidad</b>	260-315 / 1000/ año	<b>Primer filtro</b>
			<i>(Comportamiento de enfermedad: Decisión de consultar)</i>
<b>Nivel 2</b>	<b>Pacientes de Atención Primaria. Morbilidad psiquiátrica total en A.P.</b>	230/ 1000/ año	<b>Segundo filtro</b>
			<i>(Capacidad de detectar el trastorno)</i>
<b>Nivel 3</b>	<b>Trastornos Mentales identificados por los médicos Morbilidad mental visible , manifiesta o aparente</b>	101,5/ 1000/ año	<b>Tercer filtro</b>
			<i>(Derivación a los Servicios psiquiátricos)</i>
<b>Nivel 4</b>	<b>Morbilidad total en Servicios Salud Mental</b>	23,5/ 1000/ año	<b>Cuarto filtro</b>
			<i>(Ingreso en camas psiquiátricas)</i>
<b>Nivel 5</b>	<b>Pacientes ingresados</b>	5,71/ 1000/ año	

La mayor parte de los estudios recogidos en tabla anterior son de prevalencia en población general, de tipo censal. En la siguiente tabla se recogen estudios de prevalencia atendida o administrativa (en contacto con los SSM).

**Tabla 10:** ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS PUBLICADOS DESDE 1990 QUE PRESENTAN DATOS SOBRE PREVALENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES. CASOS ATENDIDOS

AUTORES	RECO GIDA CASOS	LUGAR DE ESTUDIO	Nº DE CASOS	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	EDAD	TASAS PREVALE
Bamrah y cols. 1991 (1)	1984	Salford (UK)	464	Servicios de Salud Mental	Diagnóstico Clínico	Esquizofrenia y estados paranoides(2)	> 15	PP 4.73
Rugeri y cols.2000	1994	Verona Sur (Italia)	212	Servicios de Salud Mental (RCP)	Diagnóstico Clínico	Psicosis funcionales afect. y no afectivas (3)	>15	PA 3.41
Woogh, 2001	1996/ 1998	Kingston Notario (Canada)	1152	Servicios de Salud Mental (RCP)	Diagnóstico Clínico	Esquizofrenia	>15	PV 2.5
Mccreadie y cols. 1997	1992/ 1993	Nithsdale (Escocia) Norwood Nunhead (Londres)	161 177 130	Servicios de Salud Mental y Médicos Familia	Diagnóstico Clínico	Esquizofrenia	>15	PA 2.78 PA 2.24 PA 3.46
Moreno y Cols. 2005	1999	Granada Sur (España)	774	Servicios de Salud mental (RCP)	Diagnóstico Clínico	Esquizofrenia y trast. afines (4)	>15	PA 2.4

(1)Utiliza método informante clave pero también ofrece resultados de los casos en contacto

(2)Códigos CIE-9: 295, 297 (3)Códigos CIE-10: F20-F29, F31,F32.3, F33.3

(4)Códigos CIE-10: F20-F29 PA= Preval. Anual; PP= Preval. Puntual; PV= Preval. Vida

Tabla extraída de “El Registro de Casos de Esquizofrenia de Granada”. Moreno Küstner.  
AEN. Madrid 2005

### 3.2.2 ESTUDIOS SOBRE INCIDENCIA

Las variaciones encontradas en la incidencia entre distintos estudios realizados tienen que ver con diferentes cuestiones, además del sistema diagnóstico empleado, otra de las razones es la diferencia de porcentajes de población que han alcanzado la edad de riesgo para padecer esquizofrenia.

En los países en desarrollo, por ejemplo, existe un mayor porcentaje de niños en la población, y por tanto, un menor grupo de personas con riesgo. Muchos estudios calculan la incidencia como el índice de casos en el grupo de edad de alto riesgo. Los índices corregidos para el factor edad serán mayores que los no corregidos. Por tanto ambos índices no son comparables.

El estudio de incidencia de la OMS realizado por Sartorius y cols. en 1986 es uno de los estudios más importantes, evidenció la existencia de una variabilidad pequeña en la incidencia de la esquizofrenia, fue llevado a cabo en 10 países sobre la incidencia y el curso de la esquizofrenia (Lieberman JA, 2006; Jablensky et al., 1992). Se trata de un estudio multicéntrico que empleó criterios diagnósticos normalizados, detectó muy poca variación en la incidencia de la enfermedad entre los diferentes lugares.

La incidencia de esquizofrenia *corregida para el factor edad*, excluyendo los abordajes diagnósticos muy restrictivos o muy amplios, así como los resultados del estudio ECA, es de  $0,24 \times 1000$ , con un rango que va del 0,07 al  $0,52 \times 1000$  (desviación estándar = 0,11). La incidencia media de esquizofrenia empleando sistemas normalizados de diagnósticos, *sin corrección para la edad*, es de  $0,21 \times 1000$  (rango de 0,05 a 0,56; desviación estándar = 0,14).

Cuando el diagnóstico se limita al síndrome esquizofrénico central definido por CATEGO S + y corregido para el factor edad, el rango de incidencia se estrecha (0,07 a 0,17), siendo la media = 0,11 por mil y DE = 0,03. Con la corrección para el factor edad y empleando los criterios diagnósticos más restringidos, existe, por consiguiente, muy poca variación en la incidencia encontrada de esquizofrenia.

Todos los índices de incidencia se calculan para un año, lo que hace que la comparación sea más ajustada. La presentación de cifras de prevalencia y de incidencia de las mismas zonas en yuxtaposición muestra que la prevalencia puntual suele ser 10 veces mayor a la incidencia anual, lo que indica la naturaleza crónica del trastorno.

La fuerza de la morbilidad para la esquizofrenia determinada mediante incidencia, alcanza su máximo en adultos jóvenes.

En las siguientes tablas se recogen los estudios epidemiológicos más importantes que recogen datos de incidencia en la esquizofrenia, indicando el tipo de muestra en que se ha estudiado, el método de selección empleado, el sistema de valoración diagnóstico utilizado y el rango de edad incluido.



**Tabla 11:** ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS ESQUIZOFRENIA. INCIDENCIA POR 1000 HABITANTES POR AÑO

Autores	País	Población	Muestra	Método detección de casos	Sistema / valoración diagnóstico	Grupo edad (años)	Dx Estricto	Dx Normali- zado	Dx amplio
Shepherd (1957)	Reino Unido	Buckingham -shire (n=271.586 en 1931 )	Primeras Admisiones 1931-1933		Diagnóstico hospitalario			0,10 sin corrección factor edad	
Shepherd (1957)	Reino Unido	Buckingham -shire (n=364.257 en 1947 )	Primeras Admisiones 1945-1947		Diagnóstico hospitalario			0,05 sin corrección factor edad	
Dunham (1965)	EEUU	Dos distritos Detroit (n=118.577)	Todas las Primeras Admisiones 1958	Todos los casos Servicios Psiquiat.	Diagnóstico del centro	<14			0,59 sin 0,77 con corrección factor edad
Adenstein Et al. (1968)	Reino Unido	Salford (n=150.000)	Todos los Contactos sanitarios	Registro de casos	CIE 295	>14		0,31 con corrección factor edad	
Häfner y Reimann (1970)	Alemaní a (Rep. Fed.)	Mannheim (n=328.106)	Primeros contactos 1965	Registro de casos	Dx hospit CIE 295,297 298.3,298.4			0,59 sin corrección factor edad	
Liebermann (1974)	URSS	Moscú (n=248.000)	Todos los casos Iniciales 1961-64	Registro de dispensarios	Historias Examen personal			0,20 sin corrección factor edad	
Nielsen (1976)	Dinamar .	Isla de Sansö (n=6.823)	Todos los contactos	Registro de casos Méd. Gener	Dx del centro			0,20 sin corrección factor edad	
Babigian (1980)	EEUU	Monroe NY	Primeros contactos 1970	Registro de casos	Dx del centro				0,69 sin 0,94 con corrección factor edad
Giel et al. (1980)	Holanda	Groningen Y Drenthe	Primeros contactos 1975	Registro de casos	CIE-8 295 297,298.4 298.8,298.9	15-44		0,11 con corrección factor edad	
Bates y van Dam (1984)	Canadá	Vancouver	Primeras Admisiones 1975-83	Registro de casos	Dx hospitalario			0,10 sin corrección factor edad	
Munk- Jorgensen (1986)	Dinamar .	Todo el país	Primeras Admisiones 1970 / 1984	Registro de casos	Dx Del centro	>14		Con correc. 0,11/0,07	

<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>	<b>Método detección de casos</b>	<b>Sistema / valoración diagnóstico</b>	<b>Grupo edad (años)</b>	<b>Dx Estricto</b>	<b>Dx Normali- zado</b>	<b>Dx amplio</b>
Bamrah et al. (1991)	Reino Unido	Salford (n=91.554)	Todos los Primeros Contactos 1984	Registro de casos	CIE-9 295,297	>15		0,19 con corrección factor edad	
Häfner y Gattaz (1991)	Aleman.	Mannheim (300.000)	Todos los Contactos 1984	Registro de casos	Dx del Servicio CIE 295,297 298.3, 298.4			0,56 sin corrección factor edad	
Häfner y Gattaz (1991)	Aleman.	Rhine-Neckar (n=1.488.205)	Primeras Admisiones 1989-90	10 hospit.	CATEGO S+	15-54	0,09 con correcció fact. edad		
Häfner y Gattaz (1991)	Aleman.	Rhine-Neckar (n=1.488.205)	Primeras Admisiones 1987-89 (n=392)	10 hospit.	CIE 295, 297, 298.3,298.4			0,13 sin corrección factor edad	
Jablensky et al. (1992)	Dinamarca	Aarhus	Primeros Contactos 1978-80	Todos los Servicios	CATEGO S+	15-54	0,07 con correcció fact. edad	0,18 con corrección factor edad	
Jablensky et al. (1992)	Irlanda	Dublín	Primeros Contactos 1978-80	Todos los Servicios	CATEGO S+	15-54	0,09 con correcció fact. edad	0,22 con corrección factor edad	
Jablensky et al. (1992)	EEUU	Honolulu	Primeros Contactos 1978-80	Todos los Servicios	CATEGO S+	15-54	0,09 con correcció fact. edad	0,16 con corrección factor edad	
Jablensky et al. (1992)	Reino Unido	Nottingham	Primeros Contactos 1978-80	Todos los Servicios	CATEGO S+	15-54	0,14 con correcció fact. edad	0,24 con corrección factor edad	
Tien y Eaton (1992)	EEUU	New Haven	Muestra represent. población general	Estudio del censo dos niveles	DSM/ DSM-III Entrevistador no clínico	>18		1,00 con corrección factor edad	
Tien y Eaton (1992)	EEUU	Durham	Muestra represent. población general	Estudio del censo dos niveles	DSM/ DSM-III Entrevistador no clínico	>18		1,60 con corrección factor edad	

Fuente: Extraída de R. Warner & G de Girolano."Epidemiología de la esquizofrenia" , del libro "Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia" OMS 1995.

### 3.3 ÁREAS EN QUE SE HAN ENCONTRADO DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ESQUIZOFRENIA

Se han encontrado diferencias a *nivel epidemiológico* en incidencia, morbilidad, edad de comienzo; a *nivel clínico* en el ajuste premórbido, presentación clínica, sintomatología y curso; a *nivel morfológico* se han encontrado anormalidades en la estructura cerebral, y en los *antecedentes* como son historia familiar de enfermedades mentales e historia de complicaciones obstétricas.

A continuación se describen los hallazgos en cada una de estas áreas.

#### 3.3.1.1 EPIDEMIOLOGICA

##### 3.3.1.1 - Incidencia

En el apartado anterior hemos visto con detalle esta cuestión referida a tasas en ambos sexos, centrándonos ahora únicamente a lo referente a las diferencias encontradas en función del género.

Kraepelin en 1919 ya esbozó que la Demencia precoz era primariamente una enfermedad de jóvenes varones. Estudios epidemiológicos de los años 70 y 80 sugerían que la incidencia era la misma en ambos sexos (Dohrenwend, 1974; Lewine, Meltzer, 1984).

La ratio hombre/mujer de incidencia y de riesgo de Esquizofrenia varía considerablemente en la literatura. Las ratios hombre/mujer en *incidencia anual* para la Esquizofrenia oscila de 0.70 a 3.47 en diferentes estudios, los autores de la revisión (Hambrecht et al.1994) destacan severos problemas en las características de diseño (forma de muestreo, muestras pequeñas o no representativas, estudio periodo de observación largo, criterios de screening, criterios diagnósticos no operativos o entrevistas no estandarizadas...) que limitan la calidad de los estudios.

Estudios realizados en primeras admisiones en Esquizofrenia en Noruega en 1987 y con Registro de casos Psiquiátricos Danés en 1971 concluyen que hay una más alta incidencia en hombres que en mujeres (Moldin, 2005).

Recientes estudios de primeros episodios encuentran también una incidencia más alta en hombres que en mujeres (Iacono & Beiser, 1992), sin embargo los estudios realizados sobre datos de primeros ingresos tienen la importante limitación de omitir los pacientes no hospitalizados que son tratados a nivel

ambulatorio, no tienen en cuenta las diferentes políticas regionales de hospitalización, e incluyen pacientes con trastornos psicóticos y esquizofreniformes que no evolucionarán hacia una Esquizofrenia (Goldstein JM, Tusuang MT,1990; Flor- Henry 1990; Lewine et al 1990; Nasrallah et al; Argemeyer et al 1990; Hambrecht et al.,1992; Castle et al.,1993; Häfner et al, 1994).

Otra de las razones podría ser la sobrerrepresentación de jóvenes varones y la infrarrepresentación de mujeres en muchas de las muestras estudiadas, muestras pequeñas o no representativas, áreas estudiadas pequeñas, criterios de screening restringidos, no uso de criterios operativos ni entrevistas estandarizadas (Bland,1977, Hambrecht et al 1992). La DSM III-R y -IV requiere seis meses de persistencia de los síntomas, esto ha sido estudiado después por Castle, 2000. En las ratios se habrían incluido los trastornos esquizofrenia-like y delirantes crónicos (Parafrenia tardía...), cuando estos tienen unas ratios de incidencia mayores para las mujeres ( Castle and Murray 1993; Häfner et al 2001, 2003).

El ABC (Age, Beginning, Course ) Schizophrenia Study (Häfner H. 1993) investigación realizada en zona oeste de Alemania, área de 1.5 millones se diseñó sin las limitaciones metodológicas de los estudios previos. No se encontraron diferencias de género significativas en la incidencia, con la definición diagnóstica usada por los investigadores.

Las ratios de *incidencia acumulada* es un buen indicador de riesgo, basado en intervalos en la población estudiada de cinco años de edad , desde banda de edad de 12-14 años hasta 54-59 años en primera admisión. Häfner encuentra que los varones tienen un riesgo mayor que las mujeres antes del intervalo 30-35 años , es decir en los varones predomina un mayor riesgo a menor edad. Pero en ambos es similar, con una ratio total varones de 13.21 y una ratio total mujeres de 13.14 (Häfner et al., 1991).

Häfner encontró que la incidencia acumulativa hasta la edad de 60 años (un indicador del riesgo de toda la vida) era igual para las mujeres que para los hombres. Esto hace pensar que cualesquiera que sean los factores responsables de las diferencias entre sexos solo sirve para retrasar la presentación de la enfermedad y no para evitarla/ prevenirla.

Análisis de cohortes *por periodos de edad*, como el realizado por Takei et al (1996), después de ajustar por edad y periodo encontró que la incidencia de Esquizofrenia en hombres y en mujeres decrecía un 55% en varones frente a un 39% en mujeres e durante periodo de 50 años tras nacimiento.

Dos estudios con muestras comunitarias estudiaron la incidencia de Esquizofrenia teniendo en cuenta la variable género, son el de Sartorius,1986 y el de Iacono & Beiser,1992. La ratio hombre/mujer en sus resultados era de 1,22 a 1,8 en el primero, y de 2,65 a 3,47 en el segundo.

Dos estudios realizados sobre registro de casos son el de Castle et al (1993) y el de Hambretch et al (1994). Castle encontró que las mujeres de más de 45 años tenían una mayor incidencia que los hombres de más de 45 años. Los hombres de menos de 45 tienen la mayor incidencia. Las mujeres tienen un índice más bajo de desarrollo de la esquizofrenia que los hombres en la adolescencia, pero muestran un segundo máximo de incidencia después de la menopausia. El estudio de Hambretch (1994) sin embargo no encontró diferencias.

La incidencia general de la esquizofrenia en los hombres es similar a la de las mujeres en la mayoría de los estudios. Häfner (1991) encontró que la incidencia acumulativa hasta la edad de 60 años (un indicador del riesgo de toda la vida) era igual para las mujeres que para los hombres. Esto hace pensar que cualesquiera que sean los factores responsables de las diferencias entre sexos solo servirían para retrasar la presentación de la enfermedad y no para prevenirla (Warner R.1995).

### **3.3.1.2 - Prevalencia**

Las numerosas publicaciones realizadas en distintas regiones del mundo presentan tasas de prevalencia de la esquizofrenia con una gran variabilidad de resultados en ambos sexos y no en todas se dan las tasas diferenciadas por sexo. En el apartado referido a estudios de prevalencia (3.2.1) hemos visto con detalle esta cuestión, por lo que ahora nos referiremos especialmente a las diferencias encontradas en función del género.

Los estudios de prevalencia hallan, en general, una menor ratio hombre/mujer que los de incidencia. Estudios realizados en población general no encontraron diferencias de género significativas en la prevalencia durante un año (Youseff HA, 1991). Un estudio realizados en muestras hospitalarias halló una ratio mayor (Bland RC, 1984).

En España, los estudios que han utilizado el mismo método de selección de la muestra, datos de registros de casos psiquiátricos (RCP) de las Comunidades en que operan y están más consolidados, presentan un rango para ambos sexos que oscila entre 1.98 (1.79-2.18) y 4.51 (4.37-4.64) por 1000 habitantes para Álava y Vizcaya respectivamente. Todas estas tasas se estandarizaron con la población española del año 1998 para su comparación. El resto de Comunidades están entre estos dos valores, siendo de 2.16 (2.06-2.25) en Asturias, de 2.40 (2.23-2.57) en Granada-Sur, de 2.70 en Navarra y 3.10 en La Rioja (Moreno Küstner, 2005).

Diferenciadas por sexo en el estudio realizado en el Área Granada Sur por Moreno Küstner et al. encuentran una tasa de prevalencia en hombres de 3.51 por mil (IC95% 3.27-3.77), y de 1.24 (IC95% 1.24-1.55) en mujeres.

**Tabla 12:** PREVALENCIA E INCIDENCIA DE ESQUIZOFRENIA POR 1000 PERSONAS

ÁREA	FECHA	AUTOR	EDAD (AÑOS)	PREVALENCIA TIPO	FREC.	INCIDENCIA
Dinamarca	1977	Nielsen	$\geq 15$	Vida	2,7	
	1972	Munk/Jorgensen	Todas	Anual		0,12
Baltimore, Maryland	1963	Wing	Todas	Anual	7,0	
	1963	Warthen	Todas	Anual		0,70
Camberwell, UK	1963	Wing	$\geq 15$	Anual	4,4	
	1971	Hailey	Todas	Anual		0,11
Irlanda	1973	Walsh	$\geq 15$	Puntual	8,3	
	1986	OMS	15-54	Anual		0,22
Portogruaro, Italia	1982/1989	De Salvia y cols	$\geq 15$	Anual	2,7	
	1989	De Salvia y cols	$\geq 15$	Anual		0,19
Hampstead, UK	1991/1995				5,1	
	1991/1995	Jeffreys y cols. McNaught y cols	Todas Todas	Puntual Anual		0,14

Fuente: Eaton W., Chen Ch., "Epidemiologia" en Tratado de Esquizofrenia. Lieberman J.A., Scott T., Perkins D.O. Ed. Ars Medica 2008

### 3.3.1.3 - Edad de inicio

Numerosos estudios han encontrado un comienzo más precoz con una diferencia de alrededor de 3 a 5 años en el inicio de la enfermedad en varones. Este es el hallazgo más replicado en los estudios sobre diferencias de género en la Esquizofrenia, replicado en diversas culturas y utilizando diversos sistemas diagnósticos, con un rango de 5.1 a 0.3 años.

Ya Kraepelin en 1909 apuntó una diferencia por sexo en la edad de la primera hospitalización, las mujeres con demencia precoz eran admitidas un promedio de 5-10 años más tarde que los hombres.

En los años 80 Angermeyer & Kuhn (1988) confirma la diferente edad de admisión en una revisión de más de cincuenta estudios. Häfner y colaboradores en 1990 confirman significativas diferencias de género en edad de primera admisión (4-5 años), y en la edad de inicio de primeros síntomas (3-4 años). Jablensky (1992) estima 3.4 años mayor la edad de inicio de la enfermedad en mujeres.

Para algunos autores podría ser un artefacto del diagnóstico (Lewine et al. 1981), de la edad de la primera hospitalización -al definir la edad de inicio de la enfermedad “AOI” como la edad de la primera admisión “AFA”- (Szymanski et al., 1995 ; Salakongas, 2003), o de la distribución por edad en la población general (Goldstein & Tsuang, 1994). Lewine (1985) considera que las diferencias de género en la edad de inicio son el resultado de una más baja tolerancia a la psicopatología en hombres que en mujeres y a su más temprana hospitalización.

En el estudio ABC de primeros episodios, con una definición establecida de Esquizofrenia, de inicio de enfermedad y curso temprano, y recogido a través de la entrevista IRAOS, se encontró una diferencia significativa de 3-4 años entre hombres y mujeres (Häfner et al 1992, 1999).

Dependiendo de la definición operacional de “inicio de enfermedad” la edad de inicio fue 3.2-4.1 años mayor para las mujeres. Con una edad de inicio en hombres de 26.5 años y en mujeres de 30.6 años.

Resultados similares encuentran en el estudio multinacional realizado en diez países (WHO 10-country study) que fue en hombres de 26.7 años y de 30.1 en mujeres (Hambrecht et al 1992), concluyendo que esta diferencia en función del género tiene una estabilidad transnacional.

En los Análisis con Registro de Casos de Dinamarca y Mannheim en Alemania, (Riecher et al 1991) encontraron 4-5 años de diferencia en edad de inicio, con una edad más temprana de primera hospitalización en varones. El hallazgo no fue atribuible a los sistemas de diagnóstico o diferencias entre los sexos debidas a una diferente búsqueda de ayuda médica o de su estado ocupacional.

Resultados similares encontraron Faraone et al (1994) con una edad de inicio en hombres 4 años más temprana que en mujeres.

La diferencia es notable con independencia de la definición de comienzo que se emplee: la fecha de la primera hospitalización (la medida usada por Kraepelin), el momento de aparición de los primeros síntomas de esquizofrenia, la edad en que aparecen los primeros síntomas inespecíficos de trastorno mental o el momento en que existe un cambio de personalidad.

**Tabla 13:** RESUMEN EDAD INICIO SEGÚN DIFERENTES DEFINICIONES

	Edad (años)	
	Hombres	Mujeres
Primer signo de trastorno mental	24,3	27,5
Primer síntoma de esquizofrenia	26,5	30,6
Comienzo de episodios “catalogados”	27,8	31,7
Ingreso hospitalario por episodio “catalogado”	28,5	32,4

Häfner et al., en un estudio en el que realizaron una *evaluación retrospectiva* del inicio de la enfermedad, confirmaron un inicio más temprano en hombres tanto si el inicio era definido como edad de primeros síntomas de trastorno mental, edad de aparición de primeros síntomas de esquizofrenia, o edad de primer ingreso. Siendo en los hombres 18-25 años y 25-35 en mujeres (Häfner et al.; 1994).

Haciendo una *distribución de la edad en intervalos* de cinco años encuentra un máximo entre los 15-25 años para los hombres, después de un periodo de máximo riesgo para los varones la diferencia declina, siendo similar para ambos sexos, apareciendo mas tarde otro pico en el intervalo de 45-50 años , alrededor de la premenopausia en las mujeres con una diferencia significativa respecto a los varones.

Una segunda y más importante diferencia de género es el significativo incremento en la incidencia de primera presentación de psicosis en mujeres de 45-49 años. Se ha evidenciado que la mujer tiene un índice más bajo de desarrollo de la esquizofrenia que los hombres en la adolescencia, y tiene un segundo pico de inicio de la enfermedad durante la edad media alrededor de los 40 que está ausente en el hombre (Castle et al ,1995; Castle &Murray,1993; Flor-Henry, 1990;Häfner et al 1994).

Otras investigaciones han sugerido que las diferencias de género en la edad de comienzo aparecen en los casos no-familiares, pero no en los casos familiares de Esquizofrenia (Albus et al ,1994); es decir los pacientes esquizofrénicos con antecedentes familiares de esta enfermedad o trastorno afectivo no mostraron diferencias en edad de inicio.

Se ha argumentado que las diferencias de género respecto a la edad de inicio es debido al efecto protector antidopaminérgico de los estrógenos en la mujer, sin embargo el efecto del género difiere en los distintos subtipos de esquizofrenia. Häfner (1991) consideró que este modelo sugiere que existe una conexión entre el trastorno y la secreción de estrógenos. El estradiol puede producir un efecto similar al de los neurolépticos sobre la secreción de dopamina y sobre los niveles de prolactina, por ello se puede disminuir la vulnerabilidad a la Esquizofrenia. Esta diferencia de comienzo según el sexo, se mantiene en diferentes países.

Por subgrupos diagnósticos no aparecen diferencias en la edad de inicio salvo en la Esquizofrenia Paranoide (Salakongas et al,2003).

Hay muy pocos estudios que no han encontrado ninguna diferencia en la edad de inicio. Uno en India en muestra de utilizadores de servicios (Eaton et al.,1995) y otro en Japón (Shimizu et al., 1988) encontraron una diferencia de sólo un año en el inicio entre hombres y mujeres.



Estudio en Croacia de registro de caso (Folnegovic and Folnrgovic- Smalz, 1994) no encontró diferencias significativas. En este último la emigración de varones jóvenes en el área de estudio pudo haber afectado la edad y sexo de la población de riesgo. Estudio de Addington en Canadá (1996) no encontró diferencias entre los grupos, pero las mujeres con esquizofrenia estaban sobrerrepresentadas.

El estudio familiar de Roscommon (Kendler et al 1995) encuentran diferencias significativamente atenuadas en función de la historia familiar de trastorno mental, personalidad premórbida y estado civil. Concluye que probablemente factores de desarrollo ocurren en muchas de las variaciones en la edad de inicio de la Esquizofrenia, las discrepancias en estos hallazgos apuntan a relación entre carga familiar y edad de inicio.

En definitiva la diferencia de edad en el inicio entre hombres y mujeres se mantiene en todos los países y culturas, siendo notorio en este contexto el hallazgo de las no diferencias de género en la edad de inicio en casos con una alta carga genética (Albus and Maier, 1995; Kendler and Walsh, 1995; Könnecke et al.,2000). Siendo la diferente proporción de Esquizofrenia en hombres y mujeres atribuible a factores de riesgo no familiares.

La presentación más tardía proporciona una oportunidad para el desarrollo de un nivel superior de competencia social premórbida y es un buen predictor de una buena resolución de la esquizofrenia.

Datos proporcionados por 4 estudios sobre registros de casos psiquiátricos en Australia, Dinamarca, Reino Unido y EEUU (Eaton et al 1992b) sugieren que las diferencias sexuales en el curso de la esquizofrenia pueden ser explicadas por la más precoz presentación en el hombre en cada una de las cuatro regiones. La presentación más precoz se asoció con un mayor riesgo de readmisión hospitalaria. Cuando se tuvo en cuenta la edad de presentación, ni el sexo ni el estado matrimonial tuvieron efectos significativos sobre el riesgo de rehospitalización.

La aparición de esquizofrenia tardía en mujeres (más frecuente que en varones) parece estar relacionada con la disminución de las concentraciones de estrógenos que se produce durante la menopausia (Castle D. et al, 1998). Häfner halló que las mujeres con esquizofrenia de inicio tardío presentaban más gravedad que los varones con esquizofrenia tardía, sobre todo de síntomas negativos (Häfner H., 2003).

**Tabla 14:** DIFERENCIAS DE GENERO EN EDAD DE INICIO EN LA ESQUIZOFRENIA (SOLO ESTUDIOS SELECCIONADOS)

Autor	País	Rango edad	Criterios Diagnósticos	Definición de inicio	Según edad (años)	
					Mujeres	Hombres
<b>Munk-Jorgensen (1986)</b>	Dinamarca	No limite edad	ICD-8	Primer episodio	33,7	27,4
<b>Häfner et al.(1993)</b>	Alemania	12-59	ICD-9	Primeros Signos de enf.mental	27,5	24,3
				Primeros sínt. psic.	30,6	26,5
				Primer epis.agudo	31,7	27,8
<b>Castle et al.(1993)</b>	UK	16+	ICD-9	1er contacto S° Psiq.	41,1	31,2
<b>Susser &amp; Wanderling (1994)</b>	Países desarroll	15-54	ICD-9	1er contacto Tto	30,7	26,0
<b>Faraone et al. (1994)</b>	USA	No limite edad	DSM-III	Primeros sínt. Psic.	31,1	26,2
<b>Szymanski et al.(1995)</b>	USA	16-40	RDC	Primeros sint. Psic.	24,0	21,0
				Primera hospitalizac	24,0	22,0

Fuente : Castle et al. 2000 . Women and schizophrenia

**Tabla 15:** RATIO POR GÉNERO EN ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO  
(SOLO ESTUDIOS SELECCIONADOS)

Autor	Nº de casos	Método reconocimiento	Diagnóstico	Edad (años)	Ratio Mujer:hombre
<b>Kay(1963)</b>	57	Admisiones hospitalarias	Parafrenia tardía (criterios Akin to Roth's 1955)	>60	5.3:1
<b>Herbert &amp; Jacobsen (1957)</b>	47	Admisiones hospitalarias	Delirios+alucinaciones sistematizadas no demencia.	>65	22.5:1
<b>Huber et al. (1975)</b>	644	Admisiones hospitalarias	Esq.inicio tardío no orgánica	>40	1.8:1
<b>Bland (1977)</b>	6064	Primeras Admisiones	ICD-8 Esquiz.	>40	1.6:1
<b>Blessed &amp; Wilson (1982)</b>	320	Admisiones hospitalarias	Parafrenia tardía (criterios Akin to Roth's 1955)	>65	6:1
<b>Grahame(1984)</b>	25	Consecutivos referidos	Parafrenia tardía (criterios Akin to Roth's 1955)	>60	3.2:1
<b>Rabins et al.(1984)</b>	35	Admisiones hospitalarias	Estado delirante persistente, ausencia de trast.humor o cognitivo	>40	10.7:1
<b>Jorgensen &amp; Munk-Jorgensen (1985)</b>	106	Primeras Admisiones	ICD-8 Esquiz., estado paranoide Psicosis reactiva, otras psicosis	>60	2.2:1
<b>Holden (1987)</b>	37	Registro de Casos	Parafrenia tardía (criterios Akin to Roth's 1955)	>60	7:1 to 3:1*
<b>Castle&amp;Murray (1993)</b>	477	Registro de Casos	ICD-9 Esquiz., parafrenia, Psicosis atípica	>60	4.4:1
<b>Almeida et al. (1995)</b>	47	Referidos de recursos psiq.	Parafrenia tardía (criterios Akin to Roth's 1955)	<65	9:1

\*Dependiendo de si casos "orgánicos" se incluyeron

Fuente: Castle et al. 2000 . Women and schizophrenia

#### 3.3.1.4 - Antecedentes en infancia

En *infancia temprana* el desarrollo difiere muy poco entre sexos. En *infancia tardía* los chicos exhiben conductas más expansivas y mayor frecuencia de déficit de atención, y las chicas mayor ansiedad.

En la *pubertad* los riesgos de enfermedad mental en varones y mujeres siguen diferentes líneas, los varones mayor frecuencia de hiperactividad, trastornos déficit de atención, conductas disociales, agresividad y trastornos personalidad antisocial; y las chicas mayor frecuencia de ansiedad y trastornos afectivos.

Rosenfield (2000) distingue entre trastornos de externalización que incluyen conductas antisociales y abuso de sustancias más frecuentes en hombres, y trastornos de internalización (ansiedad, ansiedad social y depresión) más frecuentes en mujeres. De acuerdo con este autor los trastornos de internalización y externalización tienen origen en infancia o adolescencia temprana. Por lo que según este “el diferente proceso de socialización en varones y mujeres -y la diferente disposición genética y hormonal- tiene un papel central en la formación de este trastorno”. Hay diferencias de conducta específicas de la edad y sexo, según esto las mujeres adultas tienen inferior necesidad de ayuda que los hombres.

Walker et al, 1995 en estudio de cohorte y retrospectivo vieron que el inicio de esquizofrenia en adultos viene precedido de anormalidades a nivel neuromotor, cognitivo y de conducta.

En infancia temprana los déficits neuromotores son similares en niños y niñas. En edad escolar los trastornos de conducta como antecedentes de esquizofrenia se manifiestan años después en niñas que en niños (Crow et al.,1995). Las anormalidades son especialmente severas en hijos de madres esquizofrénicas, los chicos tienen mayores déficits cognitivos que las chicas. Los signos y conductas premórbidas se manifiestan más tarde en chicas que en chicos (Walker et al.,1995; Castle, 2000).

#### 3.3.1.5 - Estación de nacimiento

Se han publicado numerosos trabajos referentes a la estación del año en la que nacen las personas con Esquizofrenia (Bradbury y Miller, 1985; Hare, 1988). La observación de que los pacientes con Esquizofrenia con más frecuencia nacen en invierno y temprana primavera en comparación con la población general ha sido confirmado en numerosos estudios, pero las diferencias por género no están fundamentadas consistentemente.

La mayoría de ellos dan cuenta de un gran número de nacimientos entre el final del invierno y el comienzo de la primavera en los pacientes con esquizofrenia tratados, estimándose que el porcentaje de estos nacimientos es, aproximadamente, un 10% más alto que en las otras estaciones del año (Eaton et al, 1988). Dassa et al (1996) encuentran en las admisiones un significativo exceso de nacimientos en pacientes mujeres con Esquizofrenia sin historia de trastorno mental familiar.

La exposición a epidemias de gripe, particularmente en el segundo trimestre de gestación, se asocia a un incremento de nacimiento de pacientes con esquizofrenia. Es posible que el efecto del Influenza actúe en conjunción con la predisposición genética (Salem, 1998; Castle,1995; Murray,1992). Castle ha investigado con estudios muy rigurosos la relación entre exposición prenatal al virus Influenza y riesgo de Esquizofrenia, encontró efecto significativo solo en mujeres.

Algunos estudios no encuentran relación entre exposición al Influenza prenatal u otras enfermedades infecciosas en esquizofrenia (Moldin S.O. 2000). Eagles et al en 1995 analizó la ratio de nacimientos en invierno/primavera frente a verano/otoño para individuos con esquizofrenia durante siete décadas. Encontraron que la incidencia decrecía en ambos géneros en verano/otoño; pero la proporción de esquizofrenia en nacimientos invierno/primavera se incrementa solo en varones.

Se han dado muchas razones posibles para explicar estos resultados, siendo algunas etiológicas y otras artefactuales. Entre ellas tal y como recoge Warner en varios de sus artículos se encuentran:

- un artefacto estadístico denominado “efecto de prevalencia de la edad” (Lewis, 1989). Este concepto estadístico se basa en que las personas de mayor edad han tenido más tiempo para desarrollar la enfermedad. Por tanto, dentro de cualquier año las personas nacidas en enero o febrero tienen más posibilidades de desarrollar una enfermedad que las que nacen a final de año.
- una variación estacional en el riesgo de parto prematuro (Müller y Kleider, 1990).
- un aumento de la frecuencia de relaciones sexuales en la primavera y verano (Ödegaard, 1974).
- un efecto estacional sobre factores endocrinos y comportamentales de la madre (Häfner, 1990).
- una mayor proporción de mujeres con mayor edad que dan a luz en los primeros meses del año (Dalén, 1990).
- factores alimentarios, incluyendo enfermedades hemorrágicas del recién nacido causadas por déficit de vitamina K (Dalén,1990).

- efecto sobre la gestación de las temperaturas extremas como son los veranos muy cálidos (Pasamanick,1986), los otoños fríos (Kennedy y Adams,1991) o de los inviernos helados (Hare y Moran,1981).
- efecto de las enfermedades víricas, como la gripe, durante el segundo trimestre del embarazo (Watson et al.,1984; Mednick et al.,1987;Torrey et al.,1988;Barr et al.,1990).
- el efecto de algún otro agente infeccioso con periodicidad estacional similar al de la gripe (Torrey et al.,1988).
- el efecto de medicamentos tomados por la madre para combatir los síntomas de la gripe o de otras infecciones estacionales (Beier y Iacono,1990).
- un efecto genético que incrementa el riesgo de esquizofrenia pero que hace disminuir el riesgo de muerte perinatal debido a las infecciones propias del invierno (Pulver et al.,1992)

Si las variaciones estacionales en el nacimiento son el resultado de un efecto sobre el desarrollo del sistema nervioso, la fecha de nacimiento se debería relacionar con diferencias en la edad de presentación, curso y resolución de la esquizofrenia. Sin embargo, un estudio de 1987, que manejó los datos de dos fuentes (el registro de casos psiquiátricos de Edimburgo y el registro de pacientes psiquiátricos del servicio escocés de salud), comparando dos grandes poblaciones de esquizofrénicos nacidos en invierno (de Enero a Marzo) y en verano (de Junio a Octubre), fracasó en su intento de encontrar alguna prueba de que existían tales relaciones (Kennedy y Kemp, 1987). Aunque existió un mayor número de nacimientos de personas con esquizofrenia (9%) en los primeros meses del año entre los pacientes escoceses, no había diferencias detectables entre los pacientes nacidos en invierno o en verano en cuanto a la edad de presentación, el sexo o el pronóstico.

El estudio de Crow y Done (1992) examinó los registros perinatales y después las admisiones en los hospitales psiquiátricos de todos los nacidos en Inglaterra, Escocia y Gales entre el 3 y el 9 de Marzo de 1958, pocos meses después de la epidemia de gripe de 1957. La descendencia de 945 madres que se sabe que padecieron gripe en el segundo trimestre de su embarazo no pudieron demostrar que existía un incremento del riesgo para padecer esquizofrenia.

Uno de los trabajos más interesantes sobre este tema es el de Adams et al. (1993), que realizó un análisis de datos daneses, ingleses y escoceses. Tiene un interés particular ya que entre los investigadores se encuentran algunos autores que habían llegado anteriormente a conclusiones negativas sobre el efecto de la infección viral materna. Los autores concluyeron que “a pesar de que existen otros estudios con resultados negativos (...)..la gripe en la madre durante el tercio medio del desarrollo uterino, o algún factor estrechamente relacionado con esta situación, están implicados en la etiología de algunos casos de esquizofrenia”.

Estar expuesto a un virus puede interferir con el proceso de migración celular en el cerebro fetal, o puede originar una encefalitis postinfecciosa con una latencia de 15 o más años o bien puede aumentar la predisposición del individuo a que se desarrolle una enfermedad autoinmunitaria (Torrey et al.,1988). También, según argumentan Beiser y Iacono (1990), es posible que alguno de los medicamentos empleados por la madre para combatir la infección pueda producir un efecto perjudicial sobre el feto, o se trate de algún otro agente infeccioso aún no identificado , con una periodicidad similar a la infección viral más conocida.

### **3.2.1.6 - Complicaciones Obstétricas**

Moldin encuentra en su revisión cinco estudios en los que la historia de injurias pre o perinatales son más frecuentes en varones que en mujeres con esquizofrenia (Foerster et al.1991; O'Callaghan et al.1992; Owen et al. 1998; Pearlson et al.1985; Wilcox and Nasrallah 1987).

Dos estudios fundamentan que la edad de inicio fue significativamente más temprana en varones de madres que sufrieron complicaciones frente a los de madres que no las tuvieron (Kirov et al.1996;O'Callaghan et al 1992).

Estas complicaciones obstétricas en sus madres – como son distrés fetal, parto prolongado, prolapso de cordón umbilical, etc- con frecuencia está relacionado con disfunción cerebral. Las injurias cerebrales tempranas y las complicaciones obstétricas están asociadas con inicio temprano de la enfermedad, peor pronóstico, esquizofrenia no-familiar (Salem, 1998).

Sin embargo estudios de Done et al.1991 y McCreadie et al 1992 no encuentran diferencias de género.

Los pacientes con antecedentes personales de *complicaciones obstétricas* tienen una probabilidad casi cuatro veces menor de responder al tratamiento antipsicótico (Lieberman JA,2003). Para este autor pueden reflejar una alteración neurobiológica que contribuye a la mayor o menor gravedad de la enfermedad del paciente, ya sea de forma independiente o sumándose a otros factores, como los genéticos.

### **3.3.1.7 - Historia Familiar**

Salem y Kring (1998) recogen en la revisión realizada sobre el tema que son varios los estudios que fundamentan que las mujeres con esquizofrenia, comparadas con los hombres, tienen más altas ratios de enfermedad en familiares de primer grado (Goldstein et al., 1989, 1990; Murray et al., 1992) y más altas tasas de concordancia en gemelos monocigóticos (Rosenthal, 1970).

En hombres con esquizofrenia, la ausencia de historia familiar de esquizofrenia está asociada con incremento de alargamiento ventricular (Vita et al., 1994). Estos hallazgos han llevado a diversos autores a considerar que, los varones con esquizofrenia tienen más probabilidad que las mujeres de tener una forma esporádica de enfermedad en la que son particularmente importantes para su desarrollo factores productores de daño/ lesión cerebral (J.E. Salem and A.M. Kring, 1998 ; Castle and Murray, 1991, DeLisi et al., 1987).

La esquizofrenia y los trastornos bipolares aparecen simultáneamente en algunas familias, siendo particularmente interesante que familiares de mujeres con esquizofrenia en particular tienen un incremento del riesgo de trastornos afectivos añadido a su incremento del riesgo de morbilidad de esquizofrenia.

Específicamente, varios estudios consistentes han encontrado que el buen pronóstico de la esquizofrenia con rasgos afectivos ( que es más común en mujeres que en hombres) está asociada con un incremento del riesgo de trastornos afectivos en miembros de su familia (DeLisi et al., 1987; Kendler et al., 1988, 1995). Varios autores destacan también la evidencia de relación genética encontrada entre Esquizofrenia y trastornos afectivos (Taylor, 1992; Salem 1998).

Verdoux y cols., 1995 encuentran en un estudio de seguimiento de 150 pacientes que si bien la carga familiar de esquizofrenia predice una mayor probabilidad de aparición de síntomas negativos persistentes, un mayor tiempo de hospitalización , una menor capacidad de recuperación y peor rendimiento en habilidades sociales, la agrupación familiar en forma de psicosis afectivas no se vinculan necesariamente a un pronóstico concreto, ni positivo ni negativo.



### 3.3.2 CLÍNICAS

#### 3.3.2.1 - Funcionamiento premórbido

La mayor parte de los estudios tanto retrospectivos como prospectivos encuentran que en la esquizofrenia hay mayores déficits premórbidos y un peor funcionamiento social y ocupacional en hombres que en mujeres, tanto en pacientes crónicos (Childers SE.,1990, Moldin, 2000), como en primeros episodios (Weiser et al,2000), encontrando además asociación entre peor ajuste premórbido, inicio insidioso y síntomas negativos.

Las mujeres con esquizofrenia tienen menor aislamiento social, mayor capacidad de mantener relación de pareja y relaciones sexuales, mayor nivel de funcionamiento fuera de la familia (ocupacional, en actividades comunitarias, un mayor CI premórbido y mejor escolarización, manifiestan menores problemas de conducta en la infancia y la adolescencia (problemas de disciplina en la escuela, conducta criminal), y en mayor medida están casadas (Salem, 1998).

La cuestión es si esas diferencias premórbidas son origen o consecuencia. Las diferencias de género en funcionamiento premórbido están contaminadas por la fase prodrómica de la enfermedad, caracterizada por síntomas negativos y mayor disfunción social e inicio más temprano en varones. Además hay diferencias normales de desarrollo social entre hombres y mujeres en relación con sus diferentes procesos de maduración. Esto se suma a que es muy difícil diferenciar el inicio del estado prodrómico de la enfermedad y establecer el funcionamiento premórbido.

En el estudio de embarazo, parto y complicaciones perinatales realizado por Jones (1998) de 28 años de seguimiento encontró que el bajo peso al nacer y una corta gestación eran más común en sujetos que desarrollaban después una esquizofrenia. El bajo peso al nacer correlacionaba con peor funcionamiento social y cognitivo premórbido en hombres con esquizofrenia (Nasser 2002).

El análisis de los resultados del National Survey of Health and Development (NSHD ;Jones y cols. 1995) estudio realizado en una cohorte de nacimientos de niños del Reino Unido que desarrollaron una esquizofrenia más tarde, encontraron que estos individuos tenían un desarrollo psicomotor y del habla a edad significativamente mayor que individuos que no desarrollaron esquizofrenia (Nasser 2002).

En cuanto a la *personalidad*: aún cuando la personalidad premórbida más frecuente entre aquellos individuos que desarrollan una psicosis es la *normal*, existen ciertas dimensiones de personalidad asociadas de un modo más consistente con determinadas dimensiones psicopatológicas y de rendimiento neurocognitivo, asociaciones que pueden condicionar en buena medida el pronóstico último del trastorno psicótico (Peralta V, De León J, Cuesta MJ, 1991).

### 3.3.2.2 - Sintomatología

Los estudios sobre diferencias en la sintomatología muestran resultados heterogéneos. Varios estudios han replicado diferencias sintomatológicas significativas entre hombres y mujeres con esquizofrenia, como los realizados por Sthasel (1992) y Cowell (1996) que encontraron que los hombres presentaban síntomas negativos más graves, pero no encontraron diferencias en los positivos.

Otros autores como Goldstein and Link 1988; Castle and Murray 1991 y Lewis 1992, en revisiones de la literatura y en sus propios estudios también concluyen que hay diferencias de género en la sintomatología de la esquizofrenia. Szymansky (1995) estudiando pacientes con primeros episodios, también halló diferencias.

Los hallazgos replicados y encontrados en estos estudios son que los hombres son más propensos a presentar síntomas positivos típicos como alucinaciones o delirios, conductas antisociales, y síntomas negativos como aplanamiento afectivo y abulia; mientras que *las mujeres son más propensas a presentaciones atípicas con síntomas afectivos como disforia y depresión.*

En otros estudios las diferencias más frecuentemente encontradas son que *las mujeres presentan más síntomas afectivos, conductas autolesivas y paranoia, y menos síntomas negativos*; mientras que los hombres tienen más conductas antisociales, abuso de sustancias y mayor riesgo de suicidio (Lewine,1984; Goldstein et al.,1990; Häfner et al.,1992; Andia et al.,1995; Lieberman et al.,1995; Lindamer et al.,1999).

Estos autores encontraron que *la edad de inicio se correlacionaba inversamente con la gravedad de los síntomas negativos en mujeres* pero no en hombres (Lindamer et al.,1999). Una mayor frecuencia de síntomas negativos y tipos de inicio insidioso en hombres (Castle et al., 1993; Castle, 1999), y datos totalmente consistentes en la mayor frecuencia en hombres de síntomas negativos, abulia y conductas antisociales, pero no consistentes en cuanto a una mayor frecuencia de alucinaciones ni delirios comparada con mujeres (Goldstein and Link, 1988; Lewis, 1992).

En una muestra de primeros ingresos de pacientes Szymanski et al.,1995 encontraron que las mujeres presentaban mayor ansiedad, afecto inapropiado y alteraciones de conducta, y menos pensamiento ilógico que los hombres. Sin embargo estas diferencias podrían ser atribuidas a la variabilidad de los criterios diagnósticos utilizados (Lewine et al.,1984).

**Tabla 16:** DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA EXPRESIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA

**Diferencias de género en la expresión de psicopatología en la Esquizofrenia: características más comunes en mujeres.**

Superior funcionamiento premórbido  
 Mejor preservación del funcionamiento social  
 Menos síntomas negativos (en todas las edades)  
 Diferencias cualitativas en la ideación delirante  
 Menos y más breves hospitalizaciones

En el análisis realizado en el estudio Esquizofrenia ABC (Häfner, 2003), se identificaron conductas sociales negativas (autoabandono, aislamiento social) eran más comunes en varones, mientras que *conductas sociales positivas (conformidad) eran más común en mujeres durante el primer episodio de enfermedad*.

Häfner analiza las diferencias por sexo en el primer episodio de enfermedad comparando todos los 303 ítems de los instrumentos usados para medir los síntomas, deterioro funcional y disfunción social en primer episodio (PSE, SANS, PIRS, DAS and IRAOS). No encuentran diferencias significativas en los síntomas positivos y negativos, excepto en algunos *contenidos de delirios* como delirios sexuales y delirios de embarazo, los cuales son ,obviamente, más comunes en mujeres (Häfner H., 2003). De los diez síntomas iniciales más frecuentes (definido por el primer signo de enfermedad que emerge al inicio de la esquizofrenia) solo uno fue significativamente más frecuente en la mujer, las preocupaciones –worrying-.

La mayor diferencia de género se encontró en el ítem de conducta social adversa, como auto-abandono, interés reducido por el trabajo, aislamiento social y déficits de comunicación todos los cuales eran significativamente más frecuentes en varones en el primer episodio psicótico. Solo un ítem -de conducta social favorable- fue significativamente más frecuente en mujeres : sobreadaptación/conformidad.

La prevalencia acumulada de abuso de alcohol y drogas – valorada usando la IRAOS- fue significativamente más frecuente en varones, al igual que en estudios de otros autores (Jenkins et al.,1997; Kandel,2000).

Las diferencias de género en la conducta (alteraciones conducta, disruptiva, antisocial, y conducta violenta y abuso de sustancias) más frecuentes en jóvenes varones en comparación con mujeres aparecen en estudios de población (Döpfner et al.,1997), siendo posiblemente un reflejo de conductas

género y edad específicas normales. Hay una psicología normal de conducta género específica diferente, revisada por autores como Maccoby y Jacklin (1974). Pero las conductas sociales adversas patológicas en los varones con esquizofrenia es fuertemente edad-dependiente, sobretodo con alta frecuencia antes de los 30 años. A medida que aumenta la edad en los varones con esquizofrenia socialmente más favorable es el ajuste, lo cual tiene como resultado una reducción con la edad del mal curso social en los varones con esquizofrenia.

Otros sin embargo no las han encontrado (Addington et al.,1996; Andia et al.,1995; Usall et al, 2000). Este último realizado en nuestro país (Barcelona), atribuyendo los autores las discrepancias tanto a las diferencias en las escalas de medida como a la diferente composición de la muestra. Las mujeres eran de mayor edad que los hombres y con un tiempo de evolución de la enfermedad más prolongado, que puede atenuar las diferencias sintomatológicas. En su estudio más reciente, que utilizaron la PANSS, tampoco encontraron diferencias significativas en los síntomas (Usall J.,2001; ).

Estas inconsistencias son probablemente atribuibles a errores metodológicos, al diseño de la investigación, muestras pequeñas y no representativas, diferencias en el tratamiento, edad y duración de la enfermedad, ausencia de criterios diagnósticos operacionales y entrevistas estandarizadas (Häfner, 2003).

Esta diversidad de resultados en diagnósticos, síntomas y subtipos al comparar hombres y mujeres *en las muestras de primeros episodios* de enfermedad podrían deberse a incluir los casos sin tener en cuenta la diferencia entre primera admisión y primer episodio psicótico, la diferencia entre primer episodio e inicio temprano de la enfermedad, y entre pródromos e inicio de enfermedad.

Por otra parte en los estudios comparativos entre síntomas de presentación y género con edad, suele estar en considerar un rango de edad de comienzo corta (iniciar estudio desde los 18 años por ej.), en el análisis de Häfner no ocurre esto al considerar el rango de edad de 12-59 años en ambos sexos.

Una razón para las inconsistencias en síntomas negativos es el hecho de no diferenciar entre síntomas negativos deficitarios y no deficitarios. Es posible que los síntomas negativos en la mujer sean más secundarios a sintomatología depresiva (no deficitarios), mientras que en el hombre sean más el resultado primario del proceso de la enfermedad esquizofrénica (síntomas deficitarios). Carpenter y sus colegas sugieren que los síntomas negativos expresados en varones puede ser el resultado de un diferente proceso patofisiológico que los expresados en la mujer (Carpenter et al.,1988).

**Tabla 17:** FACTORES QUE DIFICULTAN EL DX TEMPRANO EN PACIENTES MUJERES CON ESQUIZOFRENIA

Factores que dificultan el diagnóstico temprano en pacientes mujeres
Predominio de síntomas afectivos
Escasos síntomas positivos clásicos
Edad de inicio tardío
Infrecuentemente pasan evaluaciones de rutina (p. ejem. servicio militar)
Protección por red familia
Escasa detección clínica de presentaciones atípicas

### 3.3.2.3 - Subtipos clínicos

Una de las hipótesis es que el tipo de inicio insidioso y curso temprano y el subtipo hebefrénico es más frecuente en hombres, mientras que el inicio agudo y con síntomas predominantemente positivos es más frecuente en mujeres. Häfner et al. estudian tres tipos de inicio (agudo, subagudo e insidioso) y tres categorías de síntomas iniciales (positivos, negativos e inespecíficos). Jablensky, 1995 dice que “ No hay evidencia inequívoca de diferencias de género consistentes en los síntomas de inicio de esquizofrenia y particularmente en la frecuencia de síntomas positivos y negativos”.

**Tabla 18:** TIPO DE INICIO Y TIPO DE SÍNTOMAS INICIALES EN ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO ABC PRIMER EPISODIO .

	Total (%) n=232	Hombre (%) n=108	Mujer (%) n= 124
<b><i>Tipo de inicio</i></b>			
Agudo ( $\leq 1$ mes)	18	19	17
Subagudo ( $>1m \leq 1^a$ )	15	11	18
Insidioso o crónico ( $>1$ año)	68	70	65
<b><i>Tipo de primeros síntomas*</i></b>			
Negativos o no espec.			
Positivos	73	70	76
Ambos	7	7	6
	20	22	19

\* Las variables estudiadas , excepto “Worrying”, no se encontraron diferencias significativas por sexo.

Fuente: Häfner et al., 1995

#### 3.3.2.4 - Evolución

Ya en 1845, el médico británico John Thurnam se dio cuenta de que la proporción de mujeres dadas de alta en los manicomios por su recuperación era mucho mayor que la de los hombres. Cien años más tarde, Ödegaard (1960) observó un índice muy superior de altas prematuras en mujeres que en hombres, entre los esquizofrénicos que abandonaron los hospitales noruegos entre 1936 y 1945 (Warner R., de Girolano G., 1995).

Beck (1978) señaló que los estudios sobre la resolución del trastorno demuestran con frecuencia una mala resolución para los hombres esquizofrénicos que no se observa en las mujeres.

##### 3.3.2.4.1 A corto y medio plazo

La evidencia acumulada en numerosos estudios sugiere que la mujer con esquizofrenia tiene un curso más benigno de la enfermedad a corto y medio plazo comparado con varones. En particular la mujer tiene menos hospitalizaciones, más cortas hospitalizaciones, mayor tiempo viviendo en la comunidad, remisión de los síntomas más rápida, y una superior respuesta y menor requerimiento de dosis previa a la menopausia (Salem, 1998).

Angermeyer et al (1990) en una revisión de estudios de seguimiento a corto y medio plazo encontró que alrededor de la mitad de los estudios encontraban una mejor evolución estadísticamente significativa en mujeres.

Buchanan (1994) ha señalado la posibilidad de que las mujeres con esquizofrenia muestren, en general, una mayor capacidad de recuperación respecto a los hombres en el curso de la evolución (Buchanan RW, 1994).

Las diferencias de género en el curso pueden, sin embargo, ser atenuadas por el tiempo, no siendo más favorable tras un largo seguimiento – de 10 años en adelante-. En el WHO “disability study” en la cohorte de Mannheim se realiza estudio tras 15.6 años de la primera admisión hospitalaria (Häfner et al.1999b, 2003; Heiden et al.1996). Harrison et al.(1996) hace su estudio después de un periodo de 13 años del primer ingreso. En estos se encuentran datos que sugieren que se produciría un deterioro más tardío para la mujer (Salem, 1998).

Cuando se separaban las diferentes dimensiones de la enfermedad en el curso de la Esquizofrenia, la diferencia solo se encontraba en el *curso social* no a nivel sintomático (Salakongas et al., 1987; Häfner et al., 1999).

Häfner en estudio sobre el curso en los cinco años después de la primera hospitalización no encontraron diferencias significativas en los síntomas entre hombres y mujeres usando el sistema clasificación CATEGO.

En contraste en el curso social del trastorno, en los items de conducta encontraron diferencias significativas por sexo en la primera hospitalización, siendo significativamente peor en varones en el periodo de cinco años de

seguimiento estudiado. Lo mismo fue obtenido con la discapacidad social medida por el DAS (Häfner H.,2003).

Estos resultados soportan su hipótesis de que en varones la peor sociabilidad previa y derivada de las conductas de la enfermedad contribuye a su peor curso social, mientras que en mujeres su tendencia mayor a conductas prosociales, cooperatividad y condescendencia (complacencia) influye en su curso social más favorable.

Para valorar el *funcionamiento social* hay autores que en sus trabajos utilizan el estado civil, las habilidades de vida independiente y situación laboral (Andia AM et al,1995). Häfner y cols. para ver como afecta la esquizofrenia al *desarrollo social* entre el inicio de la enfermedad y la primera admisión en hombres y mujeres, analizaron el rol social de matrimonio o pareja estable. Compararon 57 casos de primeros episodios de Esquizofrenia de Mannheim con 57 controles sanos, separados por sexo, edad y lugar de residencia. Durante el periodo de cinco años estudiado el porcentaje de varones sanos casados o con pareja estable se aproximaba gradualmente al de mujeres sanas. Sin embargo en pacientes mujeres presentaban una ventaja significativa respecto del grupo de pacientes varones: el 33% de mujeres con esquizofrenia estaban casadas o con pareja por sólo el 17% de pacientes varones, frente al 78% de mujeres y 60% de varones controles (Häfner et al. ABC schizophrenia study, 1999b, 2003).

El peor curso social de la esquizofrenia en hombres que en mujeres premenopáusicas se explicaría por que el hombre tiene más bajo nivel de desarrollo social cuando la enfermedad comienza y en consecuencia impide su futuro desarrollo. En los hombres la enfermedad es un factor contribuyente para una sociabilidad adversa.

Las diferencias de sexo en el curso social de la esquizofrenia, lleva a reflexionar sobre una enfermedad género-diferente, que sería básicamente el resultado del efecto protector de los estrógenos en mujeres, mediado por el más alto nivel de desarrollo social al comienzo de la enfermedad, y las conductas sociales por la enfermedad más adversas en varones (Häfner H.,2003).

#### 3.3.2.4.2 A largo plazo

Hay muy pocos estudios de seguimiento metodológicamente bien diseñados con muestras representativas en primer episodios que se extiendan 10 años o más. La mayor parte estudian las diferencias de género en el curso temprano.

Harrison et al. (1996) informa de diferencias de género en una pequeña muestra de primeras admisiones obtenida en un periodo de unos trece años después del ajuste por variables sociodemográficas y tipo de curso temprano.

En el estudio de Mannheim, en una cohorte de primeros ingresos analizados 15,6 años después de la primera admisión, encuentran que solo el primer año y medio después de la primera admisión las mujeres presentaban significativamente *síntomas* más suaves y primeros episodios más cortos. A partir de los dos años después de la primera admisión, hombres y mujeres mostraban iguales niveles de síntomas (o diferencias mínimas no significativas).

En cuanto a diferencias de género en *deterioro social* (estudiada mediante la WHO disability), que está presente en los cinco primeros años tras la primera admisión, desaparece a largo plazo. Posiblemente es el resultado de la disminución con la edad en varones de las conductas sociales negativas .

Así como son similares las medidas en términos de síntomas y deterioro social, encuentran considerables diferencias en el estatus social entre hombres y mujeres con Esquizofrenia. El 71% de varones con esquizofrenia frente a sólo 23% de mujeres nunca se casaron. Naturalmente más mujeres que hombres tienen hijos. Una alta proporción de mujeres que se casaron antes del inicio de la enfermedad o a lo largo de los 15 años se divorciaron y algunas de estas se volvieron a casar. Las mujeres con Esquizofrenia con más frecuencia que los varones encontraron una nueva pareja después de un matrimonio fallido, lo cual interpretan por sus mayores conductas prosociales en conjunción con los roles tradicionales de género en la sociedad. (Häfner H.,2003).

Häfner y cols analizando grupo de mujeres y hombres tras 14 años de la primera admisión, se encontró que 2 de cada 3 de las mujeres libres de síntomas *tomaban medicación*, frente a solo 1 de 10 de los hombres libres de síntomas. Es decir las mujeres son generalmente más cooperantes y cumplimentadoras del tratamiento comparadas con los hombres. Una interpretación alternativa es que los hombres cuando están bien no mantienen el tratamiento. En el grupo sintomático no hay diferencias significativas entre los géneros en su uso de medicación neuroléptica.

Sajatovic (2005) encuentra que la mejor evolución de las mujeres con esquizofrenia se manifiesta por diferencias en el *uso de los recursos sanitarios* y en la recuperación, con mejor curso del tratamiento hospitalario y menor frecuencia de recaídas tras la hospitalización.

Datos proporcionados por cuatro estudios sobre registros de casos psiquiátricos en Australia, Dinamarca, Reino Unido y EEUU (Eaton et al.1992) sugieren que las diferencias sexuales en el curso de la esquizofrenia pueden ser explicadas por la más precoz presentación en el hombre en cada una de las cuatro regiones. La presentación más precoz se asoció con un mayor riesgo de readmisión hospitalaria.



El que las mujeres esquizofrénicas tengan una mejor resolución de su proceso puede ser debido a *factores biológicos* tales como el efecto antidopaminérgico de los estrógenos, la menor lateralidad cerebral de la mujer o el menor índice de complicaciones perinatales en las niñas (Seeman, 1982); a *factores sociales*, tales como un menor estrés laboral (Warner, 1985); o a la *más tardía presentación* de la enfermedad en las mujeres (Lewine, 1981). Como recoge Warner (1995) esta presentación más tardía proporciona una oportunidad para el desarrollo de un nivel superior de competencia social premórbida y es un buen predictor de una buena resolución en la esquizofrenia (Phillips, 1953; Stephens et al., 1966; Marder et al. 1979).

El curso y pronóstico se ve influenciado por *factores socioculturales* y de género que son necesarios incorporar al análisis como elementos que pueden ayudar a clarificar la variabilidad de esta enfermedad. La inclusión del género en la conceptualización de la experiencia y presentación de la enfermedad puede ayudar a que el foco de investigación sea la interacción entre la persona y la enfermedad, es decir el individuo con enfermedad (Nasser 2002).

Autores como Hofer et al (2006) consideran que la larga duración de la enfermedad (>de 10 años) permite a los pacientes aceptar su enfermedad, adaptarse a su estado de salud y a los recursos disponibles .

**Tabla 19:** RESUMEN DIFERENCIAS DE GENERO EN ESQUIZOFRENIA.

<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>
Menor riesgo familiar	> frec antecedentes enf. afectiva familiar
> frec nacimiento invierno/primavera	
> complicaciones obstétricas o perinatales	< exposición agentes prenatales (Influenza)
> incidencia cambios estructura cerebral	
Peor funcionamiento premórbido	
Menor edad inicio	Edad inicio 3-5 años más tarde
> síntomas negativos	>Presentaciones atípicas
> Abuso drogas y alcohol	
> conductas antisociales	>síntomas afectivos
Peor respuesta al tto	Mejor respuesta al tto. Dosis más bajas
Peor curso/evolución	

### 3.3.2.5 - Funciones Neuropsicológicas

Los síntomas cognitivos tradicionalmente se han considerado como epifenómenos de los dos grupos de síntomas típicos de la Esquizofrenia, pero en los últimos años se consideran tan relevantes para el pronóstico que se han elevado a la categoría de principales (García Campayo J., 2007).

Las investigaciones sobre diferencias de género en este área son más recientes y con gran variabilidad en sus resultados. Algunos estudios no han encontrado diferencias significativas en las funciones cognitivas (Andia AM., 1995).

Fue Green quien en 1996 gracias a un trabajo de revisión sobre el impacto del déficit cognitivo en el funcionamiento de la vida cotidiana de estos enfermos, facilita que se considere que los déficits cognitivos constituyen una característica nuclear o una disfunción primaria de la Esquizofrenia.

En la década de los 90 se trataban de identificar déficits cognitivos específicos de la esquizofrenia, principalmente en las funciones ejecutivas y la memoria, que pudiesen evidenciar alteraciones en determinadas áreas cerebrales. A finales de los 90 se piensa que no existe un déficit específico de esta enfermedad y que se encuentran rendimientos deficitarios en la mayoría de los dominios estudiados (Mohammed S, Andreasen N. et al., 1999).

También aspectos como el tiempo de psicosis no tratada (*DUP*), el funcionamiento premórbido de los sujetos, o el tipo de tratamiento específico que recibe la muestra, pueden modificar significativamente el curso del deterioro cognitivo. Autores como Green apuntan una relación entre algunas medidas neurocognitivas y las medidas de autonomía funcional. (Green MF, 1996). Addington y su equipo ha propuesto que el rendimiento cognitivo guarda relación no solo con los síntomas clínicos, sino que además actúa como predictor del nivel funcional y social del paciente a medio plazo (Addington J, 2000).

*Alteraciones neuropsicológicas* como son la disfunción ejecutiva y déficits en memoria de trabajo han sido propuestas como potenciales marcadores conductuales de esquizofrenia (Lewine 2004). La función neuropsicológica está asociada con variables socioculturales que tienen gran influencia, por lo que debe estudiarse en detalle el contexto sociocultural (Lewine 2000, 2004, 2006; Nasser 2002).

Se ha demostrado que un *bajo CI* constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia o de síntomas psicóticos no afectivos, es decir que habría una implicación de la función intelectual general (Alyward E. et al., 1984). Principales dominios cognitivos afectados en la esquizofrenia son :

atención, memoria, funciones ejecutivas, velocidad perceptiva-motora, codificación del control mental (memoria de trabajo: mantenimiento y manipulación), fluencia verbal e inhibición del control (capacidad de suprimir los estímulos irrelevantes o inapropiados).

En el estudio del *rendimiento cognitivo* las funciones cognitivas evaluadas y los instrumentos empleados son heterogéneos. En algunos casos los autores han optado por evaluar un único dominio cognitivo (por ejemplo la memoria), en otros se han explorado más de un área de funcionamiento (generalmente atención, memoria y funciones ejecutivas). Algunos estudios recientes, no longitudinales, enfatizan el que determinados subgrupos de pacientes presentan un deterioro significativo en capacidades visuoespaciales y visuoconstructivas (Leiderman EA, 2004), e incluso sugieren un mayor deterioro de las mismas en el curso de la enfermedad respecto de las clásicas de atención y memoria (Schwartz BL, 2003).

La mayor parte de estudios que han incluido en sus evaluaciones cognitivas medidas de velocidad de procesamiento de la información o velocidad psicomotriz demuestran la existencia de deterioro significativo en estas funciones desde el inicio de la enfermedad (Kravariti et al., 2003; Ueland et al, 2004).

La disparidad metodológica se pone de manifiesto también en estudios en los que se han empleado los mismos instrumentos para medir aspectos cognitivos diferentes. Por ejemplo el Test del Trazo (Trail Making Test parte B) es empleado por algunos autores para la estimación de la atención dividida, mientras otros lo incluyen como medida de control mental y funciones ejecutivas. Estudios realizados en muestras de pacientes geriátricos han incluido en su metodología pruebas de exploración cognitiva (Camcog o MMSE) que habitualmente se emplean en la detección precoz de deterioro cognitivo en procesos degenerativos o demenciales.

Green y su grupo han llevado a cabo un metaanálisis sobre el tema en el año 2000, y en el 2004 publicaron una revisión en la que estudian la relación longitudinal entre déficits neurocognitivos y pronóstico, concluyendo que el pronóstico funcional no depende exclusivamente de las alteraciones neurocognitivas, sino que están también implicados otros factores importantes, como el nivel educativo o laboral, el apoyo social o la motivación (Green MF et al, 2000; Green MF, 2004).

Otros estudios neuropsicológicos comparativos obtienen resultados inconsistentes (Goldstein and Lewine, 2000; Fitzgerald and Seeman, 2000). Tampoco Goldberg et al. 1995 en estudio de cohortes de hombres y mujeres con esquizofrenia usando una extensa batería de test encuentran diferencias de género neuropsicológicas sustanciales.

Lewine y cols. encuentran que la función neuropsicológica está asociada con el sexo y con numerosas variables psicosociales incluida el género, en pacientes con esquizofrenia. Señalan que educación, edad del examen y severidad de la enfermedad estaría asociada con el grado de función. Sin embargo el sexo no fue un predictor estadísticamente significativo en sujetos sanos. Concluyendo que ambos (sexo y género) contribuyen a la predicción del funcionamiento neuropsicológico, una vez controladas esas otras variables.

Una asociación comúnmente encontrada en pacientes con esquizofrenia es que ser hombre predice un peor funcionamiento neuropsicológico que ser mujer. Se ha hipotetizado que el peor funcionamiento neuropsicológico en pacientes varones puede ser atribuido en parte a factores biológicos de sexo, y en parte a características de “masculinidad” que trascienden el sexo (Lewine, 2004).

En estudio posterior este mismo autor encuentra que la función ejecutiva fue una de las dos excepciones (la otra es la concentración ) que sugieren que el efecto del género no es solo el simple reflejo de diferencias globales en el funcionamiento neuropsicológico (Lewine, 2006).

Estudios como el de Hoff et al. hallaron asociación entre los valores de estrógenos y progesterona y diversas funciones cognitivas en una muestra de 22 pacientes con esquizofrenia. Los resultados indicaron que valores más elevados de estrógenos se asociaban a un mejor rendimiento en diversas áreas cognitivas (funciones ejecutivas, memoria espacial, rapidez de concentración y memoria verbal). Demostrado que existe una importante correlación entre los estrógenos y el rendimiento cognitivo en mujeres con esquizofrenia, y este efecto podría ser una variable de confusión (Hoff A.L. et al., 2001).

Por otra parte la mayor parte de los estudios son transversales, las conclusiones que se obtienen pueden estar alteradas porque las variaciones entre individuos pueden estar explicadas por diferencias generacionales en la muestra (Heaton P, 1994; Rund BR, 1998).

Hofer et al (2006) propone, junto a otros autores, que el deterioro cognitivo es el responsable de la baja probabilidad de vida independiente y empleo remunerado en los pacientes con esquizofrenia. En su estudio la memoria visual y memoria operativa se asociaban con la situación de empleo de los pacientes, influyendo en el funcionamiento psicosocial de estos.

Los últimos estudios han evaluado en mujeres con esquizofrenia , las posibles diferencias entre pacientes en la premenopausia, en la posmenopausia y varones (Barceló M. et al., 2007). Encontraron diferencias estadísticamente significativas en memoria verbal y fluidez verbal, teniendo las mujeres con esquizofrenia en la posmenopausia mejores resultados que los varones, y peores resultados que estos en atención. Sus resultados indican que las mujeres con esquizofrenia en la posmenopausia presentan un peor funcionamiento en atención y mejor en memoria, mientras que en otros aspectos cognitivos parecen no existir diferencias.

**Tabla 20:** DIFERENCIAS DE GÉNERO EN ESQUIZOFRENIA

<b>VARIABLE DIRECCIONALIDAD</b>	<b>CONSISTENCIA DE EVIDENCIA EMPÍRICA</b>	<b>EN MUJER</b>
<b>Ajuste premórbido</b> (incluido curso social temprano y sintomatología temprana)	Fuerte	Alto
<b>Edad de inicio</b>	Fuerte	Tarde
<b>Complicaciones obstétricas</b>	Moderado	Menos frecuente
<b>Riesgo familiar</b>	Moderado	Alto
<b>Sintomatología</b> (disforia,depresión)	Moderado	Síntomas Atípicos
<b>Riesgo “lifetime”</b>	Controvertido	Bajo
<b>Curso a largo plazo</b>	Controvertido	Mejor
<b>Neuropatología</b>	Controvertido	Ausente
<b>Estación de nacimiento</b>	Controvertido	Incremento nacimiento (invierno/primav)

*Fuente: Gender and Schizophrenia. An Overview. Steven O. Moldin Chap. 9. In :Gender and its effects on psychopathology. Ellen Frank Ph.D.(Ed.) American Psychiatric Press, Inc. 2005*

### 3.3.3 DESARROLLO CEREBRAL

#### 3.3.3.1 - Maduración cerebral

Las diferencias en la *maduración cerebral* entre sexo es causa de diferencias sustanciales en sentido estricto. Las diferencias de género en funcionamiento cognitivo y maduración cerebral juega un papel en la esquizofrenia (Goldberg et al.,1995).

El cerebro femenino madura más rápidamente que el cerebro masculino, por tanto sería menos vulnerable a los insultos pre y peri-natales en infancia. Castle y Murray (1991) consideran que las diferencias de género en edad de inicio estaría causada por la preponderancia en varones de complicaciones pre y peri-natales en inicio temprano de la enfermedad, pero esta hipótesis según Häfner no se soporta en estudios metodológicos (Könnecke et al., 2000).

Una de las bases de la morfología cerebral es la presentación bihemisférica de funciones en la mujer y un más pronunciado lateralismo en varones (McGlone,1989, Witelson,1989). Crow ve la esquizofrenia como un defecto en la *lateralización cerebral* derivada de la emergencia del lenguaje “Esquizofrenia es el precio que el humano paga por el lenguaje. Las diferencias de sexo en la diferenciación hemisférica podría explicar las diferencias en edad de inicio” pero para Häfner esta hipótesis debe ser validada.

Hay diferencias en el cerebro de hombres y mujeres, los *receptores de dopamina* se inician más tempranamente en la vida y con relativo exceso en mujeres comparado con los varones. Este proceso diferencial en los receptores D2 explicaría la alta frecuencia de diskinesia tardía más temprana en mujeres después del tratamiento con neurolépticos.

### 3.3.3.2 - Morfología cerebral

En el área de la morfología cerebral, incluyendo hipoplasias y alargamiento de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo, los resultados son dispares entre autores.

Lewine et al. (1990) encontraron más anomalías cerebrales en los hombres que en las mujeres. Estos resultados contrarios pueden deberse, según los propios autores, a la disparidad de criterios al seleccionar a la muestra y /o a las relaciones entre edad de comienzo, género y anomalías cerebrales.

Flor-Henry (1990) sugieren que los hombres tienen un mayor riesgo de anormalidades en el hemisferio izquierdo, mientras que las mujeres lo presentan en el hemisferio derecho. Para otros autores como Kopala (1990) el hombre tiene áreas más vulnerables, como por ejemplo el bulbo olfatorio.

Una serie de estudios neuroanatómicos y de neuroimagen sobre diferencias de género en anormalidades de la estructura cerebral encuentran más patología en varones que en mujeres ( Andreasen et al.,1990; Castle and Murray, 1991; Lewine and Seman,1995). Andreasen et al. (1990) encuentra alargamiento de ventrículos laterales, Bogerts et al. (1990) encuentra menor zona hipocampal izquierda más frecuentes en varones pero no en mujeres. Nasrallah et al. (1990) y Gur et al. (1991) encontraron sin embargo alargamiento ventricular en mujeres. pero no en los hombres.

Las razones de la inconsistencia pueden tener que ver con la metodología de los estudios, muestras pequeñas (Moldin,2000), estudios post-mortem (Crow et al.,1989), seguimiento temporal largo en muestras de varones pero no de mujeres con esquizofrenia. Hay falta de control de los factores de confusión , etnicidad y clase social.

El conocimiento de las diferencias en el desarrollo, la morfología y el funcionamiento cerebral de hombres y mujeres no permite aún tener conclusiones definitivas acerca de las diferencias de género en la esquizofrenia (Häfner H., 2003). Por ello los efectos de las hormonas esteroideas en el desarrollo cerebral y sus implicaciones en el riesgo de esquizofrenia, sus manifestaciones y síntomas (Seeman,1989, Seeman and Lang, 1990) no está cerrado aún.

#### 3.3.4 RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS

##### 3.3.4.1 - Diferencias farmacocinéticas

En las decisiones clínicas y farmacoterapéuticas es preciso incorporar conocimientos de variables relacionados con el sexo. Hay claras diferencias farmacocinéticas según el sexo en la absorción, distribución, metabolismo hepático y en la eliminación.

El *vaciado gástrico* es más lento en mujeres premenopáusicas que en hombres, y un tránsito intestinal más rápido. En la *distribución* las diferencias más relevantes son el mayor porcentaje de grasa corporal, y el menor peso y volumen sanguíneo. El mayor porcentaje de grasa se asocia a un volumen de distribución más elevado y a menores concentraciones. Las mujeres muestran mayor flujo cerebral que los hombres, sobre todo durante la segunda y tercera décadas de la vida.

Las reacciones de *oxidación y conjugación* son más lentas en mujeres que en hombres lo que conduce a un aclaramiento menor y concentraciones plasmáticas más altas en mujeres. En cuanto a las diferencias de sexo en la *eliminación*, el aclaramiento renal es menor en las mujeres debido a menor filtración glomerular (Usall i Rodié J.,2004).

La mayoría de los estudios encuentran que las mujeres tienden a mostrar concentraciones plasmáticas de psicofármacos más elevadas que los hombres. Con los conocimientos actuales se puede propugnar la utilización de dosis menores de antipsicóticos en mujeres, siendo importante además tener en cuenta el aumento de la prolactina en mujeres.

El metabolismo oxidativo tiene un pico a mitad del ciclo menstrual, lo que conlleva que los fármacos que utilizan esta vía tengan un aclaramiento mayor en esta fase. Las concentraciones plasmáticas pueden aumentar durante la fase folicular, y tal vez los efectos adversos. Las reducciones durante la fase lútea puede asociarse con disminución de la eficacia o con una recaída. Estos efectos menstruales parecen ser más pronunciados en el subgrupo de mujeres que sufren síntomas premenstruales disfóricos (Usall i Rodié J.,2004).

### 3.3.4.2 - Respuesta a los neurolépticos

La afirmación de que las mujeres con esquizofrenia “responden mejor” a la medicación neuroléptica que los pacientes varones es común (Seeman, 1997, 2009).

En esto influyen *factores biológicos* (farmacocinéticos, hormonales...) y factores adicionales como es el cumplimiento en la toma. Las mujeres tienen típicamente una mayor *compliance* con la medicación y las recomendaciones que los hombres. Se considera como parte típica del rol de género femenino el que es “cooperativa” o “responsable”. La combinación de patrones de prescripción, rasgos de género, y soporte social pueden explicar en la mujer con esquizofrenia la mejor respuesta a las intervenciones médicas (Nasser, 2002).

El *efecto neuroléptico-like de los estrógenos* en mujeres con esquizofrenia tiene que ver con la respuesta más favorable a los neurolépticos de las mujeres que los pacientes varones, y requieren dosis menores. Las mujeres post-menopáusicas con una enfermedad más severa, necesitan dosis más altas de neurolépticos que los varones de similar edad, que presentan enfermedad moderada en este periodo de edad (Seeman, 1986).

En estudios realizados sobre la dosis diaria de neurolépticos necesitada, se encontró que en mujeres decrece constantemente después de la edad de la menopausia -alrededor de los 40 años-, pero también en los hombres (Salakongas, 2004). Este mismo autor analizó factores como el *hábito de fumar* y el peso (Salakongas et al. 1997, 2000) no controlados en estudios previos, concluyendo que además de la hipótesis estrogénica habría que considerar otros factores asociados al género, como la secreción de testosterona o la mejor cumplimentación en mujeres. Sugiriendo que después de la edad de la menopausia, la disminución edad-dependiente de la *densidad de receptores dopaminérgicos D2* en el cerebro de ambos sexos, y la disminución del metabolismo de los NL puede explicar la necesidad decreciente de medicación neuroléptica en la esquizofrenia.

En la literatura médica hay acuerdo sobre la mayor susceptibilidad de las mujeres al aumento de peso, la diabetes y riesgos cardiovasculares específicos de los antipsicóticos, con menos consenso sobre el riesgo de neoplasias malignas (aumento del cáncer de mama), osteoporosis y el riesgo para el feto (Seeman MV, 2010).

Es probable que la susceptibilidad de las mujeres a efectos adversos específicos esté producida en parte por concentraciones plasmáticas circulantes elevadas del fármaco y en parte por susceptibilidades genéticas, efectos hormonales y vulnerabilidades asociadas a las funciones reproductivas. Recomiendan los autores ante esto mantener dosis más bajas en mujeres y evitar la polifarmacia en la medida de lo posible.



### 3.3.5 USO DE RECURSOS

Diversos autores han encontrado diferentes patrones de uso de recursos sanitarios entre mujeres y hombres con esquizofrenia (Angermeyer,1989; Reeves,2002; Lindamer,2003; Sajatovic 2005).

Sajatovic (2005) encuentra que la mejor evolución se manifiesta por diferencias en el uso de los recursos sanitarios, con mejor curso del tratamiento hospitalario y menor frecuencia de recaídas tras la hospitalización.

En estudio realizado en una muestra representativa de Hannover, en la que incluyen 278 primeros ingresos de pacientes con esquizofrenia (DSM-III), los resultados encontrados por Angermeyer et al. (1989) demuestran que las mujeres tienen menos rehospitalizaciones, estancias más cortas y viven más en la comunidad que los varones con esquizofrenia.

Lindamer en 2003 analiza las diferencias de género sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios de Salud Mental públicos en pacientes con esquizofrenia. En un estudio retrospectivo analiza datos de 1999 a 2000 en 4.975 pacientes, a través de la información del MIS (Management information system) de San Diego. En este encuentran que las mujeres tenían mayor edad y más a menudo están casadas y tienen cobertura de Medicaid y con menos frecuencia tienen diagnóstico de abuso de sustancias que los hombres. Más mujeres viven independientemente, mientras más hombres residen en residencias asistidas o son homeless. Las mujeres tuvieron significativamente menor necesidad de hospitalizaciones que los hombres. No encontraron diferencias significativas en uso de centros de día, rehabilitación o servicios de case management. Sin embargo los hombres más a menudo usan centros de crisis y servicios de emergencias. Las mujeres tienden a usar más servicios ambulatorios. Sin embargo cuando se controlaron variables clínicas y sociodemográficas sólo fueron significativas diferencias en servicios de internamiento.

En su artículo concluyen que los resultados sugieren que la diferencia en el uso de servicios de salud mental públicos entre hombres y mujeres con esquizofrenia pueden ser debidas a las diferencias de género en otras variables clínicas y sociodemográficas, o a la interacción entre severidad de la enfermedad y lugar de residencia y tratamiento (Lindamer et al .Psychiatric Services 54:1407-09, 2003).

Las madres con Esquizofrenia hacen un uso más frecuente de servicios. Las instituciones al separar por sexo en diferentes pabellones disminuían los contactos sexuales y el desarrollo de esta función materna estaba consecuentemente limitada. El desarrollo y mantenimiento en la comunidad aumenta la oportunidad de experiencias vitales, entre ellas la maternidad.

La desinstitucionalización debe conllevar facilitar también la extensión en este área de los cuidados en la comunidad a estos pacientes con enfermedad mental severa previamente confinados. Ya que es competencia de los trabajadores de los diferentes Servicios identificar este subgrupo y trabajar con estos padres con enfermedad mental severa y con sus hijos (Hearle J., MacGrath J., *Motherhood and schizophrenia* . 2000)

### 3.3.6 NECESIDADES

Las necesidades asistenciales pueden definirse desde una perspectiva de salud pública a diferentes niveles -la comunidad y los servicios sanitarios-, o desde diferentes perspectivas -los pacientes, las familias o los profesionales-. Por otra parte existe el debate aún abierto sobre que tipo de asistencia debería ser esencial y realizarse en todos los casos, y la ausencia de que tratamientos y tipos de asistencia recomendada sería una necesidad no satisfecha.

En las necesidades detectadas influyen los años de evolución de la enfermedad. En el caso de pocos años de evolución de la enfermedad las mujeres presentan una media de necesidades inferior a los hombres (Ochoa et al., 2003), excepto en el cuidado de los hijos, esto está relacionado con el rol de la mujer como madre. Diversos autores, como Mojtabai en la revisión que hace de la literatura sobre el tema en 2009, señalan la gran complejidad de evaluar las necesidades asistenciales no satisfechas en la esquizofrenia (Mojtabai R. et al , 2009).

Las mujeres con esquizofrenia tienen necesidades derivadas de la propia enfermedad y del deterioro asociado, la marginalidad y estigmatización. Con mayor frecuencia que los hombres las mujeres con esquizofrenia tienen hijos a su cargo con una variable conciencia de las dificultades para criarlos (Ochoa et al. 2003). Las madres con esquizofrenia tienen por un lado las mismas necesidades que el resto de las madres, a las que se suman otras de áreas que requieren una especial atención (Hearle J., McGrath J., 2000).

Hay muy pocos datos sobre las experiencias y necesidades de los padres con esquizofrenia, de las dificultades del día a día en la función paternal y el impacto de las consecuencias de la enfermedad en el contacto con los hijos. Es conocido la compleja interacción del riesgo genético y las influencias ambientales.

Los factores socio-familiares que pueden tener un efecto significativo y suponer un aumento del riesgo en el desarrollo psicológico y social de los niños de familias con padres con enfermedad mental severa son: soporte social limitado, condiciones de vida y bajo nivel socio-económico, disfunción en desarrollo de los roles parentales. La severidad y cronicidad de la enfermedad mental de los padres, la frecuencia y duración de separaciones durante los ingresos hospitalarios, y las características de los propios hijos son factores que influyen en sí mismos en los hijos.

En varios estudios se ha detectado que estas necesidades no están cubiertas, los Servicios de salud y de familia a menudo ignoran estas particulares necesidades de las madres con esquizofrenia (Cowling, 1996). Si se atienden es con frecuencia de forma compartimentada, los Servicios de Salud Mental focalizan su atención en los síntomas, y los Servicios de familia únicamente en valorar la competencia en el cuidado para iniciar medidas legales de protección.

Wang & Goldschmidt, en estudio realizado en 1996 encuentran que un 40% nunca recibieron ayuda profesional para sus hijos, estas madres a menudo no identifican sus necesidades, solo un tercio de los padres expresaron la necesidad de soporte. Muchos participantes dijeron no saber donde ir para la ayuda, a lo que se añade las dificultades derivadas de sus problemas cognitivos, de concentración, las alucinaciones y delirios para solicitarlas y acceder a éstas.

Es fundamental el soporte de los familiares y entorno (amigos, vecinos..) y la implicación de estos en el cuidado de los hijos y desarrollo de las funciones paternas. En aquellas madres con esquizofrenia que no cuentan con estos soportes se requiere un asesoramiento, educación acerca de las responsabilidades como padres y cuidados a los hijos, apoyo continuo a nivel emocional en la resolución de conflictos etc. Por ello estas necesidades deben ser exploradas en madres con esquizofrenia e incluirlo en los programas de continuidad de cuidados o case managers (Nicholson et al.,1998).

Hay muy pocos estudios de *seguimiento a largo plazo* para estimar los costos de no proveer de cuidados óptimos a padres con esquizofrenia y las consecuencias de esto en los padres y en su descendencia.

Mojtabai R. et al en la revisión de la literatura publicada en 2009, realizada sobre los patrones de utilización de servicios de salud mental y las necesidades asistenciales no satisfechas de pacientes con esquizofrenia en Estados Unidos, encontraron un nivel importante de necesidades asistenciales no satisfechas en estos, tanto a nivel comunitario como en otros contextos terapéuticos. Estos autores, de la universidad de Nueva York y del Departamento de Salud Mental del Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health de Baltimore, afirman en su artículo que *“hay pocos estudios sobre los patrones terapéuticos en los contextos asistenciales habituales y sobre las necesidades terapéuticas no satisfechas en esta población de pacientes”* (Mojtabai R. et al,2009).

Estudios en los que se han evaluado diferencias en las necesidades en estos pacientes se han realizado en Londres (Slade M., Thornicroft G. et al 1998, 1999), en Suecia por Hansson et al 1995, y en Italia (Verona) por Lasalvia et al 2000. Las mujeres ajustan sus expectativas y motivos vitales a los cambios en sus capacidades en los campos afectados por la enfermedad/trastorno mejor que hacen los hombres. Esto está en consonancia con una satisfacción vital mayor en las mujeres enfermas que los hombres, la insatisfacción mayor en los hombres podría contribuir a su más alta tasa de suicidios en el curso de la Esquizofrenia (Häfner H.,2003).

Los estudios también han identificado diferencias entre los puntos de vista de los pacientes y del personal tratante. En un estudio escandinavo de pacientes con esquizofrenia, las necesidades no satisfechas identificadas con más frecuencia por los pacientes eran las de compañía, relaciones íntimas y sufrimiento psicológico; por el contrario las áreas más referidas por el personal sanitario eran los síntomas psicóticos y las actividades diurnas (Hansson L. et al, 2001).

Se han detectado necesidades en diversos estudios a este respecto en relación con *el tratamiento de los síntomas no psicóticos y de los efectos adversos, en el uso de servicios de asistencia médica, asistencia dental y de tratamiento de abuso de sustancias y tabaquismo*. También relacionadas con *uso de servicios sociales, uso de tratamientos psicosociales y con la coordinación entre diferentes servicios*. Los pacientes con esquizofrenia tienen una probabilidad significativamente menor que sus equivalentes sin una enfermedad mental grave de recibir ante factores de riesgo cardiovascular tratamientos preventivos (Mojtabai R. et al ).

En nuestro país destaca el estudio comparativo de las necesidades de pacientes con Esquizofrenia en función del género, realizado a 231 pacientes con Esquizofrenia (según criterios DSM-IV) que viven en la comunidad (Ochoa S., Usall J., 2001). Los pacientes se seleccionaron aleatoriamente entre aquellos que habían recibido tratamiento psiquiátrico ambulatorio durante los seis meses previos al estudio en alguno de los cinco centros de Salud Mental participantes del área metropolitana de Barcelona (población atendida de 439.316 hab.). De ellos el 36.2% eran mujeres. Las necesidades se evaluaron mediante el Camberwell Assessment of Needs\*\* (CAN) , encontrando que los hombres tienen más necesidades básicas y de funcionamiento, mientras que las mujeres tienen más necesidades de servicios. Estas diferencias se mantienen cuando se tienen en cuenta la edad de inicio y tiempo de evolución diferente entre hombres y mujeres de la muestra.

Las mujeres presentan en las *necesidades básicas* únicamente más problemas en el alojamiento, y en funcionamiento sólo en el ítem cuidado de los hijos. Este aspecto está relacionado con el rol de la mujer como madre, con la mayor frecuencia de mujeres con esquizofrenia que tienen hijos a su cargo y con una adecuada conciencia de las dificultades para criarlos. Los resultados de este estudio coinciden con los estudios que indican que la mujer presenta mejor adaptación social( Goldstein JM., 1989; Mc Glashan TH.,1990; Usall J. 2003) y en un porcentaje superior a los hombres están casadas y viven en familia propia o de forma independiente.

\*\*El CAN evalúa la presencia de necesidades en 22 áreas, los autores las agrupan en cinco subescalas: **salud** (salud física, síntomas psicóticos, drogas, alcohol, seguridad en sí mismo, seguridad en los otros y angustia), **básicas** (alojamiento, alimentación y actividades diarias), **sociales** (sexualidad, compañía, relaciones de pareja), **servicios** (información, teléfono, transporte, ayudas sociales)y **funcionamiento** (educación, dinero, cuidado de los hijos, cuidado personal y cuidado del hogar).

En cuanto a las mayores *necesidades de servicios* en las mujeres se encontraron diferencias respecto a los hombres en el transporte y en las ayudas sociales. En las mujeres del estudio, bien porque no presentaban un grado de deterioro tan marcado o porque dependían económicamente del marido, únicamente la mitad de la muestra recibían ayudas sociales.

En el subgrupo *necesidades de salud* no encuentran diferencias de género. Únicamente más consumo de alcohol y drogas en los varones, lo que coincide con los hallazgos de otros estudios (Ardnt S, Andreasen NC y cols., 1992; De Quardo JR, Carpenter CF y cols., 1994). Tampoco encontraron diferencias respecto a las necesidades de seguridad en sí mismo o seguridad en los otros, contrariamente a otros trabajos que hallaron que los hombres presentan más agresividad hacia los otros (Haas GL., 1990) y las mujeres más agresividad hacia ellas mismas (Mortensen PB., 1993).

En cuanto al subgrupo de *necesidades sociales* no encuentran diferencias cuando las mujeres y los hombres presentan una larga evolución de la enfermedad. Solo cuando hay pocos años de evolución de la enfermedad las mujeres presentan una media de necesidades inferior a los hombres.

En resumen en este estudio realizado en nuestro país encuentran que las necesidades que presentan los hombres y las mujeres con Esquizofrenia de su muestra son diferentes. Presentando los hombres con esquizofrenia más necesidades de aspectos relacionados con la vida cotidiana – en concreto de alojamiento, alimentación y actividades diarias- mostrando una mejor adaptación social en este sentido la mujer . Siendo la media global de necesidades en esta población ligeramente inferior a la encontrada en los estudios de Londres (Thornicroft, Slade et al.), muy parecida a la del estudio de Suecia (Hanson et al), y muy superior a la del estudio italiano de Lasalvia (en este último el que sus resultados sean muy inferiores al resto de estudios puede ser debido a la variabilidad del diagnóstico, ya que incluyen pacientes con Esquizofrenia y con psicosis afectivas).

El estudio de las necesidades específicas de las mujeres con esquizofrenia, y las diferencias entre estas y las que presentan los hombres con esquizofrenia sería muy útil para adecuar la planificación de los servicios de tratamiento y rehabilitación a las necesidades de los pacientes (Ochoa S., Usall J., 2001).

Parece claro que hombres y mujeres requieren programas específicos de tratamiento no solo por los diferentes efectos de hormonas gonadales, sino por las diferencias en su predisposición conductual, situaciones psicosociales, curso social de su enfermedad y curso vital (Seeman, 1983, 1989b).

### **3.3.6.1 - Reproductivas : Embarazo, puerperio**

La mujer con esquizofrenia tiene unas necesidades especiales en áreas de planificación familiar, y cuidados antenatales, ya que estas mujeres tienen un mayor riesgo de complicaciones obstétricas (Castle, 2000; J. Barkla & J. McGrath 2000).

Requieren una especial atención y cuidados, que tendrán beneficios a largo plazo tanto para la madre como para el feto. El tiempo alrededor del embarazo y nacimiento es de particular vulnerabilidad para la madre con esquizofrenia. Los clínicos que tratan mujeres con esquizofrenia durante sus años fértiles deberían incluir estas necesidades rutinariamente en sus planes de tratamiento, y mejorar los servicios de cuidados pre y perinatales para estas y asistencia parental tras el nacimiento (J. Hearle & J. McGrath 2000).

Autores como Odegard, 1980 y Miller et al., 1992 han sugerido que desde la desinstitucionalización se ha incrementado la ratio de embarazos en mujeres con esquizofrenia crónica. Esto estaría relacionado con el incremento de parejas sexuales y cambios en la actitud respecto de la concepción en personas con enfermedad mental severa. Mujeres con enfermedad mental crónica tienen una alta incidencia de embarazos no planificados y no deseados, tienen más a menudo experiencias sexuales negativas. Las mujeres con esquizofrenia más frecuentemente que los hombres tienen descendencia y viven con un miembro del sexo opuesto (Test et al., 1990).

La transición del embarazo a la maternidad incluye la aceptación del embarazo, afiliación con el feto, conducta preparatorias y el desarrollo de una realidad basada en el neonato. En mujeres con Esquizofrenia esta transición puede estar impedida no solo por las experiencias psicóticas sino que se pueden asociar con experiencias negativas previas en su infancia o por un pobre soporte social.

Los factores de riesgo que se han asociado con peor ajuste postnatal incluyen: historia de enfermedad mental previa, factores físicos y biológicos, disfunción ginecológica previa, personalidad y actitudes de la madre, variables psicosociales, acontecimientos vitales estresantes, disarmonía conyugal y temperamento del bebé.

La presencia de enfermedad psicótica supone estresores adicionales y a menudo se asocia con peor soporte social, a menudo carecen de soporte, de esposo o de otro significativo, el embarazo suele ser no planificado, con una actitud negativa hacia este, y alta ratio de separación o divorcio. El diagnóstico de esquizofrenia y una edad temprana de inicio de la enfermedad junto con una baja educación se asocia con embarazo a edad temprana (Zemencuk et al 1995, Miller 1990, Rudolph et al 1990).

### 3.3.6.2 - Fertilidad y fecundidad

Existen numerosos estudios sobre la fertilidad (presencia o no de embarazo) y la fecundidad (número de hijos) en pacientes con psicosis. Los hombres con esquizofrenia tienden a tener una marcada reducción de la fertilidad en relación con controles, las mujeres con esquizofrenia tienden a tener menos embarazos, pero la diferencia entre las mujeres afectadas y no afectadas es menos pronunciado que en los hombres (Jablensky, 1995).

En la fertilidad en la esquizofrenia numerosos estudios han encontrado que intervienen factores genéticos y epidemiológicos. Los factores que contribuyen al bajo número de embarazos en mujeres con esquizofrenia son complejos resultado del deterioro y déficits, el impacto de medicaciones y hospitalizaciones y factores sociales. Es complejo delimitar el impacto individual de estos factores, la interrelación entre ellos en la fertilidad de mujeres con esquizofrenia.

Es difícil de explicar la aparentemente estable incidencia de la esquizofrenia a lo largo del tiempo a pesar de la reducción de la fertilidad y la fecundidad (“selección negativa”). Se ha propuesto que miembros de la familia no afectados tendrían más niños que podría compensar el impacto en la fertilidad general de los afectados, pero los estudios al respecto son inconsistentes en sus resultados (Bassett et al., 1996).

Hearle y McGrath et al., en un estudio realizado en el 1999 examinan un grupo de 342 pacientes con psicosis, de los cuales 110 eran mujeres, en contacto con servicios de salud mental comunitarios y hospitalarios en Queensland, Australia. Analizan datos como el número de los nacimientos y edad a la que se produjeron, edad del primer diagnóstico, tipo de psicosis.

Realizaron un genograma identificando el sexo, edad, afectación o no por la enfermedad y número de nacimientos para los pacientes y sus descendientes. La mayor parte de las mujeres tenían psicosis no afectivas de las cuales 75 padecían esquizofrenia. De 1025 descendientes identificados, 90 tuvieron un trastorno psicótico. *De todos los pacientes psicóticos el 36% fueron padres. De las mujeres con psicosis el 59% fueron madres (65 de 110 mujeres).*

Los que fueron padres estaban más a menudo casados o separados que los no padres, tenían menos años de educación que los no padres. De los padres un 9% tenían pareja con una enfermedad mental severa. Ninguno de los no padres tenían pareja con enfermedad mental. Tampoco difirieron ambos grupos (padres y no padres) en el número de ingresos en el hospital ni en la duración de estos, en dificultades económicas, entre los de habla inglesa y no inglesa, nivel socioeconómico (Castle 2000, J. Hearle & J. McGrath 2000).

En otros estudios recogidos por estos mismos autores se ha encontrado una marcada reducción de la fertilidad en hombres con psicosis no afectivas

comparados con sus hermanos no afectados ( número de embarazos = 4.45 vs. 1.56 respectivamente).

Mujeres con psicosis no afectivas tienen menos embarazos que sus hermanas sanas (1.55 vs. 1.91 respectivamente), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. De estos embarazos un alto porcentaje son no planeados, un 52% (134 no planificados de los 257 embarazos que tuvieron las 110 mujeres de la muestra) De ellos un 47% fueron antes de que la madre fuese diagnosticada, un 36% nacieron después de realizar el diagnóstico de la madre, y un 8% en el primer año tras este. En el 16% de las madres se encuentra que un ingreso psiquiátrico se produjo alrededor de seis meses del nacimiento de uno de sus hijos .

Encontraron una correlación entre la edad del primer diagnóstico y el número de nacimientos. A menor edad del primer diagnóstico tienden a tener menor número de hijos. Este dato apoya la noción de que el inicio más tardío de la esquizofrenia en mujeres puede ser un factor contribuyente para el incremento relativo de la fertilidad en mujeres con esquizofrenia comparado con los hombres con esquizofrenia (J.Hearle & J. McGrath 2000).

### **3.3.6.3 - Maternidad y Esquizofrenia**

En España muy pocos son los estudios que evalúan la maternidad en la esquizofrenia. Safont y cols. en estudio naturalístico descriptivo realizado en una muestra de 123 mujeres con esquizofrenia y trast. esquizoafectivo en Terrassa encuentran que el 56,9% eran madres. Tener hijos fue más frecuente en el subtipo paranoide y esquizoafectivo. En el 75,8% la maternidad no fue planeada. Un 23,2% presentaron complicaciones obstétricas, y más del 80% se hicieron cargo de sus hijos. (G.Safont y cols., 2010).

Gran parte de las mujeres con esquizofrenia serán madres. Para algunas de estas mujeres, la maternidad es una mejora de su funcionamiento social, reduce los sentimientos de confusión de identidad, el estigma y su rol socio-laboral. Para otras sin embargo está asociado con dolor, frustración , estrés extremo y ansiedad (McGrath J., Hearle J.2000).

Esto tiene implicaciones ya que supone unas necesidades específicas y unos cuidados apropiados así como unas intervenciones a lo largo del tiempo en este grupo de mujeres. Requiere la colaboración entre distintos servicios y la provisión de soportes adicionales. Esto reduciría la morbilidad materna y una forma de prevención primaria de morbilidad psiquiátrica. Las mujeres con esquizofrenia precisan un soporte para realizar su transición a la maternidad y función materna y optimizar la condición parental.



El impacto de los padres con enfermedad mental en el funcionamiento familiar está mediada por interacciones complejas que incluyen factores de la propia enfermedad (síntomas, efectos secundarios de la medicación, hospitalizaciones) y factores psicosociales secundarios (problemas conyugales, vivienda, económicos, desempleo).

Todos estos factores contribuyen al estrés experimentado por la mujer con Esquizofrenia, añadido al de la maternidad en sí misma. Estos estresores tienen un impacto en padres e hijos, exacerbación de los síntomas en los padres, problemas de conducta en los niños y dificultades en la interacción entre padres e hijos. La exacerbación sintomatológica y las hospitalizaciones de los padres conducen a la necesidad de cuidados alternativos. Son familias sometidas a multi-distrés, expuestas a un alto número de estresores que incrementan la disfunción familiar (Seeman, 1996; McGrath, 1999).

#### **3.3.6.4 - Embarazo y curso de la esquizofrenia**

El impacto del embarazo en el curso de la esquizofrenia es muy variable y depende no sólo del diagnóstico sino de variables psicológicas y sociales. En mujeres con historia de trastorno psicótico, el empeoramiento de los síntomas psicóticos durante el embarazo fue más común que la mejoría de su estado mental (Mc Neil et al 1984).

En 1986 Bagedahl-Strindlund encontró que el riesgo mayor de recaída de psicosis fue dentro de los 3 meses del postparto y especialmente en el primer mes. No encontró asociación con factores sociodemográficos ni tiempo de inicio de la enfermedad.

En mujeres con esquizofrenia en el periodo postparto es menos frecuente que tengan episodios agudos, a diferencia del TBP. Es más frecuente que experimenten una exacerbación de los síntomas crónicos, con frecuencia en las dos semanas después del nacimiento.

Estas presentan problemas que implican tanto a la madre como al niño en: fantasías/idealización en torno a nacimiento del niño, sentimientos ambivalentes respecto al padre del bebé, incremento del riesgo de no cumplimiento de cuidados antenatales, precipitación deliberada y raramente infanticidio. El diagnóstico del embarazo suele estar retrasado, suelen tener interpretaciones distorsionadas/delirantes de los cambios y experiencias asociadas con el embarazo. A menudo experimentan intensificación de ideas delirantes precipitadas por el movimiento fetal y sentimientos ambivalentes hacia el embarazo y tienen dificultad para cooperar en los cuidados antenatales.

Más a menudo han sido víctimas de violencia en el embarazo, con menos frecuencia reciben cuidados prenatales y tienen igual tasa de consumo de drogas que mujeres sin psicosis (Miller 1990).

Autores como Miller & Finnerty (1996) reconocen la necesidad de incluir en el tratamiento de mujeres con enfermedad mental severa educación sexual, habilidades sociales y asertividad. Estas mujeres necesitan de:

- screening frecuentes de enfermedades de transmisión sexual
- asesoramiento en planificación familiar
- facilitar acceso a cuidados antenatales y educación entorno al embarazo
- y educación en habilidades como madre para el cuidado de su hijo.

Todo lo cual se ve dificultado por la gran frecuencia de desempleo y no tener residencia permanente. Supone un seguimiento durante un largo periodo garantizando la continuidad de cuidados, al ser con frecuencia embarazos no planificados con falta de reconocimiento de los signos de embarazo e indiferencia hacia los cuidados antenatales.

### **3.3.6.5 - Cuidados perinatales y prevención de Esquizofrenia**

Una interesante implicación de estos cuidados es la posibilidad de intervención intensiva en los embarazos de alto riesgo que permitiría reducir las complicaciones obstétricas, reduciendo un factor de riesgo de esquizofrenia en su inicio. Intervenciones que optimicen el neurodesarrollo fetal y reducir las complicaciones en el nacimiento ayudarían a proteger los fetos más vulnerables genéticamente.

En meta-análisis realizado por Sacker et al 1996, evidencia que mujeres con psicosis experimentan más complicaciones en embarazo y nacimiento que los controles, tienen menor peso al nacer y peores condiciones neonatales. Áreas de intervención serían por tanto: cumplimiento de cuidados antenatales, programas nutricionales y para dejar de fumar y garantizar apoyo social.

La necesidad de guías de consejos para la contracepción , concepción , manejo y cuidados durante el embarazo está reconocido y aceptado en mujeres con condiciones médicas como la epilepsia, esto sería igualmente aplicable para la mujer con esquizofrenia, sin embargo no es así.

En estudio realizado en Queensland (Australia) por Hearle y McGrath et al., en el 1999 encontraron que recibieron ayuda de diferentes organismos: de la agencia de protección infantil (18%), de clínicas mentales (13%), grupos religiosos –iglesia- (10%), hospitales psiquiátricos (8%), agencias comunidad general (8%), servicios legales (6%), hospitales maternos (6%) y entorno familiar (5%).

Hay una serie de factores específicos que dificulta o impide acceder a estos pacientes a estas ayudas para el cuidado de los hijos, como es reconocer su necesidad, la dificultad para demandarla, imposibilidad de pagar la ayuda, desconocer donde pedirla o recurrir, carecer de habilidades para preguntar por los tipos de ayuda, pensar que le serán retirados sus hijos, entre otros. Por tanto debemos preguntarnos en todos estos casos ¿quién va a ayudar a esta madre con esquizofrenia en el cuidado de sus hijos?, ¿está recibiendo ya asistencia en esta área o que tipo de intervenciones específicas tiene que recibir?.

### ***3.4 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ESQUIZOFRENIA***

#### **3.4.1 HORMONALES**

##### **3.4.1.1 - Hormonas y Psicosis**

Emil Kraepelin ya en 1892 postuló la relación entre hormonas y demencia precoz, e inició revisiones endocrinas en sus pacientes. Hoskins en 1929 estudió los cambios endocrinos en Esquizofrenia (estudios postmortem). Durante esta época la interacción entre conducta y metabolismo fue un importante foco de investigación endocrina en la Esquizofrenia, como ejemplo el desarrollo de la hipoglucemia inducida por insulina como una forma de tratamiento.

Entre 1940 y 1970 hubo considerable interés por su caracterización psicoendocrina. Dos importantes estudios neuroendocrinos en Esquizofrenia fueron los de Mason en 1975, que describió la producción (mimetización) de síntomas psicóticos por altas dosis de esteroides, y el de Sachar et al. en 1963 demostrando niveles elevados de 17-hidroxycorticosteroides en pacientes con Esquizofrenia. Pero endocrinopatías se presentan en estos pacientes solo raramente, como evidenció la revisión de Brambilla y Penati en el 1978.

A principios de los 80 se evidencia la glándula pituitaria como ventana al cerebro, y el papel de los neurotransmisores en la regulación de la pituitaria a través de las hormonas hipotalámicas. Lieberman y Koren (1993) en una revisión en esta área concluyen que el eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo en general no manifiesta alteraciones específicas en la Esquizofrenia. Lerer, 1998 y Kathol, 1992 demostraron una respuesta disminuida del cortisol a la hipoglucemia en la Esquizofrenia (Kulkarni and Fink, 2005).

Kulkarni y Fink en su amplia revisión sobre el tema evidencian la clara omisión en los estudios neuroendocrinos de datos en mujeres (Castle DJ., McGrath J. and Kulkarni J., 2000). Las investigaciones excluyen a menudo a mujeres por la dificultad añadida de control de las variables por la fluctuación cíclica mensual hormonal. Este es un importante factor de confusión, y el estudio de fase de ciclo debería incluirse en los estudios con mujeres con esquizofrenia (Kulkarni et al., 1996).

Los aspectos hormonales en la esquizofrenia han sido revisados ampliamente también por Halbreich y Kahn (2003), destacando el papel jugado por las hormonas gonadales y sus interacciones con neurotransmisores.

En la literatura se recoge una asociación entre exacerbación de síntomas de la psicosis y ciclo menstrual. Varios autores han descrito la “psicosis periódica” (Lingjaerde Bredland en 1954; Dalton, 1959; Hatotani et al, 1959; Felthous et al, 1980; Berlin et al, 1982; Vogel et al., 1992; Hallonquist et al 1993; Riecher-Rössler et al 1994). Estos autores han demostrado que hay un mayor número de ingresos hospitalarios en la fase premenstrual y menstrual, un incremento en la severidad de los síntomas, y una relación inversa entre estradiol sérico y la severidad de los síntomas psicóticos.

El estudio más detallado sobre psicosis recurrente y ciclo menstrual se realizó por Endo et al. en 1978, que encontraron una exacerbación de síntomas entre 5 a 10 días antes de la menstruación y se resolvieron en todos los casos tras esta. Metodológicamente presentan problemas por el pequeño tamaño de las series (65 mujeres con Esquizofrenia en el estudio de Vogel, 32 mujeres con psicosis agudas estudio de Riecher-Rössler, 7 con diagnóstico de psicosis en estudio de Endo), la estandarización de la fase del ciclo y definición del rango de síntomas.

Hay relativamente pocos estudios neuroendocrinos sobre psicosis puerperal, por las dificultades para reclutar mujeres con psicosis puerperal libre de neurolépticos, sin embargo es conocido lo que se viene en llamar “shock hormonal” (reducción brusca tras el parto de niveles masivos de hormonas que tuvieron un incremento gradual durante el embarazo). Se ha estudiado la relación entre psicosis puerperal niveles de estradiol y niveles plasmáticos de prolactina con resultados contradictorios (Castle DJ., McGrath J. and Kulkarni J., 2000).

#### 3.4.1.2 - Neuroesteroides

La visión de que los esteroides gonadales son solo hormonas reproductivas y que los esteroides adrenales están envueltos solo en la regulación de la homeostasis, vías metabólicas y respuestas adaptativas al estrés, ha cambiado completamente respecto de años pasados. Un largo número de estudios experimentales, generalmente en roedores, han demostrado las múltiples acciones de los esteroides en el Sistema Nervioso Central, y estas hormonas han sido calificadas de “*Neuroactivas*”.

De este modo, la Progesterona, ha sido implicada en la viabilidad y regeneración de neuronas y juega un importante rol en la formación de vainas de mielina, que protegen los axones y son requeridos para la eficiente y rápida conducción de los impulsos eléctricos a lo largo de las fibras nerviosas. Pregnenolona, progesterona y sus reducidos metabolitos son calificados de “*neuroesteroides*”, porque estos pueden ser sintetizados por neuronas y células gliales del sistema nervioso central y periférico.

En respuesta al daño, la formación local de pregnenolona y progesterona se incrementa en el sistema espinal de la rata, lo que sugiere fuertemente que esta respuesta forma parte del mecanismo por el cual las células nerviosas responden con neurodegeneración. Sin embargo el incremento de progesterona endógena en respuesta a la lesión no es suficiente para una óptima neuroprotección. La administración de progesterona exógena tiene marcado efecto protector de neuronas.

El tratamiento con progesterona, en motoneuronas ventrales, incrementa la expresión de *factores neurotróficos derivados cerebrales (BDNF “brain derived neurotrophic factor”)*. Esto constituye un potencial para intervenciones terapéuticas que promuevan neuroprotección y neuroregeneración, por estimulación de síntesis de neuroesteroides endógenos con acciones neuroprotectoras o por la administración de progestágenos exógenos (Schumacher et al 2007; Schumacher, M., Guennoun R., Stein DG., De Nicola AF., 2007).

Los *Neuroesteroides endógenos* modulan la función de los receptores inhibitorios mayoritarios del cerebro y juegan un importante papel fisiológico y patofisiológico. Los Neuroesteroides, tipificados por el potente metabolito de progesterona *allopregnanolone* puede ser sintetizada de novo en el SNC en niveles suficientes para modular la función de receptor GABA<sub>A</sub>. Cambios en los niveles de neuroesteroides en SNC (por ejemplo durante el estrés) causarían una inhibición neuronal generalizada, incompatible con el rol fisiológico.

Sin embargo las acciones de los neuroesteroides son “neuron selective”. Así diferentes grupos de neuronas, con diferentes pools de receptores GABA<sub>A</sub> (receptores sinápticos y extrasinápticos) pueden tener diferente sensibilidad neuroesteroidea. Esta especificidad neuronal ha sido encontrada en varios estudios (Belelli, D., Lambert, J.J. 2005). Esta especificidad neuronal vendría dada por la composición en subunidades de los receptores GABA<sub>A</sub>, el metabolismo local esteroideo y la fosforilación.

La reciente identificación de la porción de aminoácidos que actuarían como llave (conmutador) en los receptores del GABA<sub>A</sub> que influye en la interacción neuroesteroide/receptor permitiría el desarrollo futuro de modelos transgénicos que nos harían dilucidar el *papel de estos potentes moduladores de los receptores GABA<sub>A</sub>* en la salud y enfermedad.

El estrés crónico es el modelo paradigmático de cambios del estado emocional, reactividad anormal ante los estímulos del entorno y se asocia a cambios en la secreción hormonal y plasticidad cerebral. Esto se ha estudiado y comprobado en investigación básica, mediante estudios de laboratorio con ratas privadas de contacto social con otras ratas a edad temprana -que representa una forma de estrés prolongado y a largo plazo alteración en su perfil conductual-, en los que se encontró que el aislamiento social está asociado con una reducción de las concentraciones cerebrocorticales, hipocampales y plasmáticas de progesterona y sus metabolitos (3<sup>a</sup>,5<sup>a</sup>-TH PROG y 3<sup>a</sup>,5<sup>a</sup>-TH DOC), dos *neuroesteroides que modulan la excitabilidad y plasticidad neuronal (factores de síntesis tróficos y neurogénesis BDNF)*.

Para Bramham (2007) los BDNF son el control de la ventana de consolidación sináptica. De acuerdo con el rol de estos BDNF en la plasticidad sináptica, el aislamiento social induce un significativo decrecimiento en la expresión de la proteína asociada a la actividad regulada por Cytoskeleton.

Varios estudios han confirmado que la modulación de los receptores GABA<sub>A</sub> por esteroides neuroactivos contribuyen a la patofisiología de la depresión (Rupprecht 2003; Schüle et al 2006). Durante la depresión las concentraciones de 3<sup>a</sup>,5<sup>a</sup> Tetrahidroprogesterona (3<sup>a</sup>,5<sup>a</sup>-THP) y 3<sup>a</sup>, 5beta-THP están disminuidas, mientras que los niveles de 3b,5<sup>a</sup>-THP, un esteroisómero de la 3<sup>a</sup>5a-THP con efecto antagonista para los esteroides GABAérgicos, están incrementados. El tratamiento con antidepresivos ISRS y tricíclicos incrementan los 3 alfa-pregnano esteroides reducidos, y decrecen los 3 beta,5 a-THP.

Así mismo se ha estudiado que los neuroesteroides median la sensibilidad al alcohol a través de la actividad de los receptores GABA<sub>A</sub> (Morrow, 2007). Está por estudiar su papel en el campo de la esquizofrenia.

### 3.4.1.3 - Estrógenos

Como refieren Kulkarni y Fink en su amplia revisión sobre el tema, el efecto protector de los estrógenos ya fue sugerido por Mendelson et al. en 1977, Seeman 1981, Loranger 1984, Häfner 1987, Lewine 1988, Seeman 1996, Gasbarri en 2008. El efecto neuroléptico-like y las aplicaciones de estrógenos en animales fue descrito por DiPaolo y Falardeau (1985), Fields y Gordon (1982) y Hruska (1986).

La distribución del inicio de la Esquizofrenia a lo largo del ciclo vital en la mujer ha inspirado la hipótesis de que podría tener que ver con la distribución de la secreción de estrógenos. Häfner et al. (1991) y Gattaz et al. (1992) han podido demostrar que los estrógenos reducen la sensibilidad de los receptores D2.

Una década de estudios experimentales con estrógenos han demostrado que esta hormona sexual tiene un *potente efecto neuromodulador*. El efecto de la secreción de estrógenos relacionado con el ciclo menstrual y premenstrual es conocido en relación con el funcionamiento cognitivo y otros trastornos mentales.

Los estrógenos actuarían con similares efectos funcionales no sólo en los receptores D2, sino también en los 5-HT<sub>2</sub>, Glutamato (NMDA) y GABA receptores a nivel de proteínas en genoma (Sumner and Fink, 1995; Woolley and McEwen, 1994).

#### 3.4.1.3.1 Estrógenos y Sistema Dopaminérgico

La acción de los estrógenos en el sistema dopaminérgico es complejo, y el efecto de los estrógenos en la neurotransmisión de la dopamina depende de la dosis y duración de administración.

Por otra parte autores como Perry et al.(1981) y Clopton & Gordon (1986) encuentran que la administración de altas dosis de estrógenos produce una hipersensibilidad de los receptores del estriado de dopamina.

Los estudios de Hruska et al. (1980) y Di Paolo et al. (1982) describen un incremento en la densidad de los receptores del estriado de dopamina con estradiol cuando fue administrado crónicamente. Behrens en el 1992 concluye que los resultados de sus estudios sugieren una baja-regulación de la neurotransmisión de la dopamina por el estradiol (Castle DJ., McGrath J. and Kulkarni J., 2000).

Más recientemente se ha visto que los estrógenos inducen un incremento significativo de los receptores 5-HT<sub>2A</sub> y estimulan el gen transportador de serotonina (SERT) en regiones cerebrales en ratas, y en humanos relacionado con estado mental, humor, cognición, memoria, emoción y control

neuroendocrino. El mecanismo preciso de la interacción estrógenos-serotonina no está claro. La acción de los estrógenos en los receptores de 5-HT<sub>2A</sub> y el SERT podría estar mediada por mecanismos genómicos y no genómicos. El efecto funcional sería análogo al efecto protector de los antipsicóticos, que reducen la sensibilidad de los receptores D<sub>2</sub> (Fink, 1995, 1998, 1999).

Los estrógenos por estas acciones en los receptores 5-HT<sub>2A</sub>, el SERT y el receptor D<sub>2</sub> puede proteger de los síntomas depresivos y psicóticos.

*La aplicación de los resultados de los experimentos animales a la esquizofrenia humana* fue iniciada por Riecher-Rössler et al. en el 1994. Comparando dos grupos de mujeres con ciclos menstruales normales, uno de 32 con esquizofrenia y otro de 29 con episodios depresivos, se encontró correlación negativa significativa entre el incremento de niveles plasmáticos de estrógenos y síntomas de esquizofrenia, pero no correlación en grupo con síntomas depresivos. Concluyendo que los estrógenos tienen un efecto neuroléptico-like en síntomas esquizofrénicos. Efectos similares en la variación de la severidad de síntomas con el ciclo menstrual han sido descritos por Hallonquist et al., 1993, y previamente publicadas por Endo et al. en el 1978 y Dalton en el 1959 (Kulkarni and Fink, 2005).

#### **3.4.1.4 - Hipótesis estrogénica**

Propuesta por Seeman y Cohen en 1999, considera que la secreción de estrógenos en la pubertad está asociada con un retraso en inicio de la esquizofrenia en mujeres. En línea con ello, hay una correlación significativa negativa entre la edad de la pubertad y la edad de inicio de la esquizofrenia en mujeres, pero no hay correlación entre edad de la pubertad y edad de inicio de la enfermedad en varones (Seeman, 1990).

Estas investigaciones han sugerido que la mujer es más vulnerable a recaídas de esquizofrenia o a su primer episodio de la enfermedad en periodo perimenopausico, cuando la producción de estrógenos disminuye.

Hafnér articula la hipótesis con el efecto temprano de los estrógenos en el desarrollo cerebral, el efecto durante la maduración del cerebro causa el retraso en el primer episodio en mujeres. En la pubertad este efecto estructural es reforzado por un efecto funcional. El cese de la secreción alrededor de la menopausia causa en mujeres predispuestas para la esquizofrenia, pero que antes habían estado protegidas por los estrógenos, un inicio tardío de esta. Este aparente efecto psicoprotector de los estrógenos podría tener una importancia biológica mayor, con un papel como coordinador endocrino mayor en eventos primordiales como la fertilidad y reproducción (Castle DJ., McGrath J. and Kulkarni J., 2000).



La esquizofrenia está influenciada por factores genéticos y ambientales. La interrelación entre estos dos tipos de factores sería mediada por los estrógenos y mecanismos epigenéticos (Pregelj P, 2009).

*Los estrógenos* tienen un efecto antagónico sobre la predisposición a la enfermedad, bien sea familiar o exógeno. La distribución de la edad de inicio y la severidad del primer episodio de la enfermedad difiere de la norma en los varones jóvenes y en las mujeres post-menopáusicas. Hasta la menopausia el inicio de la enfermedad está retrasado y la severidad de la enfermedad está atenuada por el nivel de estrógenos. Las primeras intervenciones con estrógenos en sustitución de la terapia neuroléptica han demostrado efectos antipsicóticos (Häfner H, 2003).

Seeman y Lang (1990) estudiando las hormonas sexuales en pacientes Esquizofrenia, sostienen que estas hormonas tienen dos tipos de efectos:

- “efectos organizativos”, cuando actúan sobre la estructura y el funcionamiento cerebral y
- “efecto gatillo”, cuando las hormonas circulantes influyen sobre la respuesta a tratamientos neurolépticos, al comienzo del trastorno por una parte, y a la exacerbación de los síntomas durante el ciclo menstrual por otra.

Lo que debe tener implicaciones para las diferencias de género tanto en las anormalidades estructurales y funcionamiento cerebral, como para los efectos del tratamiento. Estos autores sugieren que la mielinización y las conexiones neuronales se producen más precozmente en las mujeres, lo mismo que existen diferencias en la lateralización; lo que puede tener como consecuencia que las lesiones cerebrales afecten a áreas particulares del cerebro y de distinta manera a los hombres que a las mujeres.

#### 3.4.1.4.1 Soporte de la hipótesis estrogénica

La hipótesis estrogénica ha sido comprobada en estudios de intervención como el realizado por Kulkarni (1999) empleando estrógenos de sustitución en el tratamiento de psicosis. Estudio con dosis diferentes de estradiol junto con medicación estándar de Haloperidol, siendo significativa la mejora relacionada con la dosis en síntomas psicóticos.

Kulkarni et al. (1996) realizaron dos estudios pilotos, uno de ellos en varones, encontrando un efecto antipsicótico a corto plazo al añadir estradiol al tratamiento. Encontraron una mejora en los síntomas psicóticos con la adicción de una combinación oral de estrógenos-progesterona.

La importancia de los receptores 5HT<sub>2a</sub> en la esquizofrenia está avalada por los antipsicóticos atípicos, que son especialmente efectivos en los síntomas negativos de la enfermedad. El efecto de los estrógenos en los receptores 5-HT<sub>2A</sub> formaría parte del efecto sobre los sentimientos que acompaña la hipótesis protectora de los estrógenos.

Esto no sería un conflicto entre la posible relación de las hipótesis serotoninérgica y dopaminérgica en la esquizofrenia, sino que los estrógenos al incrementar la densidad de los receptores D2 y de los 5-HT2A, supone que estos dos mecanismos podrían operar en paralelo.

#### 3.4.1.4.2 Hipótesis estrogénica y severidad de la enfermedad

Lewine et al.(1997) ya estudiaron la interacción de sexo y edad de inicio de la esquizofrenia, siendo Häfner con sus estudios (1992,1993,2003) quien profundiza y elabora esta hipótesis.

El grado de severidad de la enfermedad está asociada con una temprana irrupción de la enfermedad en los varones, que carecerían del efecto protector de los estrógenos, podrían desarrollar formas más severas y más tempranas del trastorno, y cuando se incrementa la edad formas de gravedad media.

En mujeres, mientras persiste el efecto de los estrógenos desarrollarían formas de gravedad media, y una cierta proporción de esquizofrenias no se manifestarían antes de la menopausia. Con el inicio de la premenopausia, y el decrecimiento de la secreción estrogénica, las mujeres no sólo presentan altas tasas de incidencia, sino también formas más severas de la enfermedad. Comparados con los episodios de inicio temprano, más severos en varones, los episodios psicóticos de inicio tardío en la mujer no son menos severos, sino a menudo más severos.

Estas diferencias de género con la edad que aparecen en la severidad de los episodios psicóticos apoyan la *hipótesis del efecto protector edad-dependiente de la secreción estrogénica* (Häfner,2003). Los varones desarrollan primeros episodios más severos en edad temprana, mientras que las mujeres jóvenes presentan episodios de severidad media. Mientras que en edad más avanzada, la severidad de los primeros episodios decrece en los varones y se incrementa significativamente en las mujeres post-menopáusicas.

En línea con su hipótesis están los resultados de estudios a largo plazo de severidad, en los que la esquizofrenia de inicio temprano y curso lento tiene una peor evolución y síntomas más severos a partir de la menopausia en mujeres que en hombres a similar edad (Castle DJ., McGrath J. and Kulkarni J., 2000).

3.4.1.4.3 Efecto protector de los estrógenos y predisposición

Autores como Leboyer et al.(1992), DeLisi et al. (1994), Kendler and Walsh (1995) and Albus and Maier (1995), encuentran que no hay diferencias de género en edad de inicio en esquizofrenia familiar. En contraste en casos no—familiares Albus y Maier encontraron una diferencia marcada de 5.7 años.

En la replicación realizada por Häfner en el estudio ABC de primeros episodios, encontraron que las diferencias en edad de inicio entre casos de esquizofrenia familiar y no-familiar se limitó casi enteramente a mujeres, tal como predice la hipótesis estrogénica, sin embargo en varones no hay diferencia significativa entre casos familiares y no familiares en la edad de inicio.

Estos resultados apoyan la *hipótesis de Albus y Maier* : la labilidad genética de los pacientes es más fuerte y debilitan el efecto de retraso de los estrógenos en el inicio de la esquizofrenia (Albus y Maier,1995). Cuando se estudia junto con otros factores de relevancia etiológica, como las complicaciones pre y peri-natales, disminuyen /debilitan el efecto protector de los estrógenos. Es decir que los factores de predisposición o vulnerabilidad individual debilitan la capacidad protectora de los estrógenos en el inicio de la esquizofrenia

Otros autores encuentran que los estrógenos son un importante nexo entre los complejos factores que claramente juegan un papel en el desarrollo de la esquizofrenia en hombres y mujeres (Boerma et al., 2010).

3.4.1.4.4 Hipoestrogenismo premórbido

Kraepelin y Kretschmer ya apuntaron que personas con esquizofrenia presentaban déficits en la maduración de caracteres sexuales primarios y secundarios más frecuentemente que otros iguales sanos. Esto hizo que pronto se especulase que el riesgo de presentar esquizofrenia se asociaba a *hipofuncionamiento gonadal*.

Recientemente autores sólidos han encontrado niveles bajos (por debajo de lo normal) de estrógenos en sangre en mujeres con primer episodio de esquizofrenia no tratadas con psicotrópicos (Riecher-Rössler, 1992). Este estudio encontró una relación inversa entre niveles de estradiol y severidad de síntomas psicóticos.

Sin embargo la especificidad y poder predictivo del hipoestrogenismo en inicio de la esquizofrenia no ha sido aún demostrado y es presumiblemente bajo. Los déficits en la comunicabilidad y conductas pre-esquizofrénicas individuales presumiblemente resultaría de una baja estimulación de la función gonadal en un entorno de una sexualidad poco estimulada.

El hipogonadismo sería un factor de riesgo específico para la esquizofrenia en la mujer, pero no es conocido el hipogonadismo como un factor de riesgo para esquizofrenia en hombres (Kulkarni and Fink, 2005).

#### **3.4.1.5 - Papel de la progesterona**

Los estrógenos inducen los receptores cerebrales de progesterona. Los estrógenos pueden potenciar la acción sedativa de la progesterona estimulando el incremento de los receptores de progesterona durante la fase luteínica del ciclo menstrual y durante el embarazo.

La caída brusca de las concentraciones plasmáticas de progesterona en el final de la fase luteínica produce síntomas de ansiedad en la fase premenstrual.

Es común el uso como contraceptivo de progesterona depot i.m. en mujeres con Esquizofrenia, esta inhibe la producción de estrógenos por los ovarios, pero tendría un efecto contraproducente en el SNC, a nivel del metabolismo de la dopamina y serotonina. El rol de los preparados sólo de progesterona en el tratamiento de la depresión postparto ha sido expuesto por varios autores (Dalton 1980, Solthau & Taylor 1982), pero su uso en el puerperio no ha sido sustanciado con ensayos clínicos controlados (Castle DJ., McGrath J. and Kulkarni J., 2000).

#### **3.4.1.6 - Tratamientos hormonales en mujeres con esquizofrenia**

Las primeras intervenciones con estrógenos en sustitución de la terapia neuroléptica han demostrado efectos antipsicóticos (Häfner H, 2003).

Hay pocos datos respecto a los efectos del tratamiento hormonal sustitutivo en la psicosis. Los *anticonceptivos orales hormonales* pueden provocar cambios en la absorción de los psicofármacos, minimizando las diferencias sexuales observadas en la esquizofrenia.

El *tratamiento hormonal* utilizado en mujeres menopáusicas, al contrario, preserva las diferencias sexuales en la absorción observada en mujeres premenopáusicas. Los estrógenos y la progesterona exógenos disminuyen la secreción ácida gástrica. Reducen el aclaramiento de los fármacos metabolizados por oxidación, e incrementan el de los metabolizados por conjugación.

La terapia hormonal sustitutiva (THS) tiene efecto en prevención de osteoporosis y morbilidad cardiovascular, efectos positivos en cognición y humor en mujeres menopausicas. En las mujeres con Esquizofrenia además del

beneficio sobre la salud física tiene una razón añadida en los efectos de la hiperprolactinemia a lo largo de la vida por la medicación neuroléptica .

Autores encontraron algunos casos de mejoría de los síntomas psicóticos con la adicción combinada de estrógenos-progesterona como contraceptivo oral (Felthous et al.,1980; Dennerstein et al .,1983). Se han realizado estudios añadiendo 0.02 mg de estradiol oral (Kulkarni 1996) y 100 ug de estradiol en parche (Kulkarni 1996b) al tto antipsicótico con un significativo descenso en el total de la PANSS .

Los estrógenos pueden ser usados en adicción a la medicación antipsicótica en términos de baja-regulación en la transmisión dopaminérgica y por esto acción en el metabolismo de serotonina. El uso combinado de estrógenos-progesterona podría ser usado como tratamiento asociado en mujeres con recaídas cíclicas mensuales demostradas de la enfermedad . Sin embargo debe ser aún determinadas la dosis más adecuada , el efecto a largo plazo y el uso de progesterona asociada.

El mayor riesgo potencial del uso de tratamiento estrogénico a largo plazo es a nivel de mama y tejido uterino. Por ello puede ser una mejor opción ,especialmente en mujeres premenopáusicas, los moduladores selectivos de receptores estrogénicos (SERMs) que tiene como componente estrogénico un efecto sobre el sistema neurotransmisor a nivel del sistema nervioso central con menor afectación sobre tejido uterino. Un temprano SERM es el Raloxifene, desarrollado recientemente aún hay pocos estudios clínicos sobre su acción y su efecto sobre síntomas psicóticos (Nickelsen et al.,1999).

### 3.4.2 EL NEURODESARROLLO

La evidencia de diferencias de género en la esquizofrenia es consistente con la hipótesis de que hombres y mujeres tienen diferente riesgo para diferentes subtipos del trastorno. Sobre todo Castle, Murray y colaboradores han argumentado que la forma de esquizofrenia predominante en varones es característica de un trastorno del neurodesarrollo, mientras que la forma que predomina en mujeres tendría una etiología diferente.

Salem y Kring en su estudio sobre la heterogeneidad de la esquizofrenia y el papel de las diferencias de género hacen un profundo análisis al respecto. Partiendo de una revisión de las evidencias sobre aspectos diferentes en el desarrollo del SNC a nivel embrionario en función del sexo, y la mayor propensión de los varones a algunas patologías relacionadas con estas peculiaridades, estos autores concluyen que “si una forma de Esquizofrenia tiene origen en el neurodesarrollo, no es sorprendente que los varones fueran más propensos que las mujeres” (Salem JE., Kring AM., 1998).

Así como algunos investigadores inicialmente pensaban entorno a las anomalías estructurales cerebrales en la esquizofrenia, que eran el resultado de un proceso neurodegenerativo (Murray , Jones et al., 1992), investigaciones recientes apuntan a que es una alteración o daño del neurodesarrollo más que de naturaleza neurodegenerativa.

Las anormalidades estructurales cerebrales están asociadas con un peor ajuste premórbido de niños y no correlacionan con la duración de la enfermedad esquizofrénica, sugiriendo que el cerebro está afectado largo tiempo antes del inicio de la psicosis, esto es consistente con neurodesarrollo más que con un proceso neurodegenerativo, además la gliosis (respuesta normal de las células gliales en degeneración) está ausente en los pacientes esquizofrénicos . Por el contrario, la evidencia de que los pacientes tienen una reducción del volumen hipocampal es consistente con un daño en neurodesarrollo. Al alcanzar el hipocampo el volumen del adulto a los dos años de edad, la reducción del volumen en pacientes con esquizofrenia sugiere que el daño ocurre antes del inicio de la enfermedad (Salem JE., Kring AM., 1998).

Consistente con un origen en el neurodesarrollo, es que los varones con esquizofrenia más a menudo que las pacientes mujeres, tienen evidencia de anormalidades estructurales cerebrales e historia de complicaciones obstétricas. Sin embargo tienen menor carga genética para enfermedad que las mujeres.

Todo ello sugiere que ciertos tipos de insultos cerebrales tempranos pueden ser importantes en la patogénesis de la esquizofrenia en varones más que en mujeres. Así mismo como es característico de otros trastornos del neurodesarrollo, la esquizofrenia en varones está frecuentemente asociada con peor ajuste social premórbido, bajo CI premórbido, y peor rendimiento escolar. Finalmente los síntomas negativos son más comunes en varones que en mujeres, y esto suele ocurrir en asociación con anormalidades estructurales cerebrales (Andreasen,1982; Crow,1985). Walker y colaboradores 1990, 1993 aportan evidencias consistentes con un daño en neurodesarrollo en un grupo de pacientes.

La existencia de una forma de esquizofrenia con daño en el neurodesarrollo cerebral que ocurre primariamente en varones es también consistente con la evidencia de que, en general, los varones tienen una mayor prevalencia de otros trastornos del neurodesarrollo como es autismo, retraso mental, dislexia. Los hombres son más propensos que las mujeres a estos trastornos porque las diferencias de sexo en el desarrollo del SNC les hace más vulnerables a los insultos/daños cerebrales.

Primero, el desarrollo del SNC es más lento en varones, haciendo al cerebro de estos más vulnerable a las injurias durante un periodo de tiempo más largo. Segundo hay evidencia de que el cerebro en varones muestra mayor lateralización hemisférica que el cerebro femenino, lo cual resulta en una reducción de la habilidad de compensar un daño temprano en un hemisferio. Además se ha evidenciado que el daño residual siguiente a una lesión temporal

izquierda es más severa en varones que en mujeres, lo cual es consistente con que los varones tiene una menor capacidad para compensar un daño cerebral unilateral. Tercera, hay evidencias limitadas que sugieren que los varones son más propensos a anormalidades en la migración neuronal, y nacimientos pretérmino. (Salem JE., Kring AM., 1998).

### 3.4.3 LA HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Esquizofrenia y trastornos afectivos coexisten en algunas familias, y es interesante que esta evidencia indirecta sugiere que familiares de mujeres con esquizofrenia en particular tienen incrementado el riesgo de morbilidad de trastornos afectivos añadido al incremento del riesgo de morbilidad de esquizofrenia (Salem 1998).

Estudios consistentes muestran que el buen pronóstico en la esquizofrenia con características afectivas -más común en la mujer- se asocia con un incremento del riesgo de trastornos afectivos en familiares (DeLisi, 1987; Kendler,1994). Todo ello sugiere para estos autores, que el buen pronóstico de este tipo de esquizofrenia está genéticamente relacionado con el trastorno afectivo. Y es interesante que el trastorno esquizoafectivo está asociado con un menor curso crónico y mejor pronóstico que la esquizofrenia (Kendler,1995; Salem, 1998).

Para diversos autores (Castle y Murray,1991; Castle et al,1995; Flor-Henry,1990; Sham, Maclean & Kendler,1994) habría una Esquizofrenia del neurodesarrollo que puede ser más común en hombres, y un segundo tipo de esquizofrenia, genéticamente relacionada con los trastornos afectivos, que sería más común en mujeres. Se basan en que las mujeres con esquizofrenia tienden a tener más sintomatología afectiva y tienen incrementado el riesgo de morbilidad familiar de trastorno afectivo.

La hipótesis de que las mujeres tienden a tener un subtipo de esquizofrenia que está genéticamente relacionada con trastornos afectivos podría ayudar a explicar la edad de inicio más tardía, curso más benigno, mejor funcionamiento social e intelectual, y ausencia relativa de anormalidades cerebrales y complicaciones obstétricas.

Una forma de esquizofrenia de buen pronóstico, genéticamente relacionada con trastornos afectivos, haría que en un cierto número de individuos predispuestos a trastornos afectivos desarrollen más tarde una enfermedad diagnosticada de esquizofrenia. Algunos investigadores como Murray, O'Callaghan et al. (1992) han sugerido que el gen implicado en esta enfermedad puede variar fenotípicamente, expresando alternativamente una psicosis afectiva, esquizoafectiva, o en forma de esquizofrenia.

Otra posibilidad es que la exposición fetal a virus maternal Influenza cambiaría a mujeres predispuestas de trastorno afectivo a esquizofrenia en lo que Takei y colaboradores (Murray, O'Callaghan, Sham, 1993) han llamado "diversidad fenotípica". Estos autores consideran que la exposición a Influenza durante el tiempo crucial de embarazo pueden causar cambios en el neurodesarrollo en fetos predispuestos a trastornos afectivos que más tarde exhiben clínica fenomenológica esquizofrenica.

Esta es una hipótesis etiopatogénica, de lo que sí hay evidencia es que la exposición fetal a influenza durante el segundo trimestre está asociado con un desvío en el neurodesarrollo. Específicamente, algunos pacientes esquizofrénicos, expuestos a influenza durante este periodo de tiempo tienen complicaciones obstétricas y bajo peso al nacer, y alargamiento de los espacios líquido cerebroespinal, particularmente fisura silviana en lóbulo temporal.

Es importante reconocer que solo una pequeña proporción de casos de Esquizofrenia (1-4%) está asociado con exposición fetal a influenza (Sham et al., 1992). En resumen el virus influenza puede causar diversidad fenotípica desde trastornos afectivos a esquizofrenia, pero sólo en un pequeño número de individuos.

#### 3.4.4 LOS FACTORES PSICOSOCIALES

##### 3.4.4.1 - Lugar de residencia

Muchos estudios indican que la esquizofrenia es menos frecuente en las zonas rurales que en las ciudades. La incidencia de esquizofrenia tratada es mucho más alta en las áreas urbanas que en las rurales, aunque esto puede ser debido a que los habitantes de las zonas rurales tengan menos tendencia a buscar un tratamiento para su enfermedad (Eaton, 1988).

Existen varios factores ambientales que contribuyen a la mayor incidencia de la esquizofrenia en las ciudades, como son los factores estresantes de la vida diaria o el daño del sistema nervioso producido por infecciones virales o traumas craneoencefálicos en los niños (Warner R., 1995).

Por otra parte la población sin hogar tiende a ser en un 80% varones, con una proporción de trastorno mental severo similar en hombres y mujeres. Sin embargo en estas mujeres tienen cuatro o cinco veces más probabilidad que los hombres de tener hijos (Seeman M.V., 2000).



#### 3.4.4.2 - Grupo socioeconómico

En los países desarrollados, la esquizofrenia es más frecuente en los grupos socioeconómicos más bajos. Warner (1995) recoge en trabajo al respecto muchos de los estudios que han confirmado que los índices altos de trastornos mentales, especialmente la esquizofrenia, se sitúan en los distritos más pobres de muchas ciudades americanas y europeas (Dunham, 1939; Schoeder, 1942; Gerard y Houston, 1953; Gardner y Babigian, 1966; Klee et al., 1967; Sundby y Nyhus, 1963, Hare, 1956).

Los pacientes con esquizofrenia de Nottingham (Inglaterra), que tomaron parte en el estudio de los determinantes de la resolución de los problemas psiquiátricos que llevó a cabo la OMS (Giggs y Cooper, 1987) vivían, en su mayor parte, en áreas urbanas con un nivel socioeconómico bajo.

Se han enunciado tres teorías principales para explicar los altos índices de esta enfermedad en los grupos más pobres. La teoría del *rechazo social* (o selección social) sugiere que las personas que desarrollan esquizofrenia en etapas tempranas descienden hacia una clase social inferior como consecuencia de su discapacidad. La teoría del *estrés social* (o de la causalidad social) propone que el estrés social que origina la pobreza, la privación, y el aislamiento social, incrementa el riesgo de padecer esquizofrenia. Finalmente, la hipótesis de la *alteración del desarrollo del sistema nervioso central*, puede aplicarse al gradiente de clases sociales: los miembros de las clases sociales bajas de la población pueden tener más riesgos de problemas de desarrollo del sistema nervioso por complicaciones obstétricas, infecciones perinatales u otros factores.

La hipótesis de la alteración del desarrollo del sistema nervioso es una variante de la teoría de la causalidad social. Se fundamenta en el hecho de que las complicaciones obstétricas están relacionadas de manera estadísticamente significativa con el posterior desarrollo de la esquizofrenia (Jacobsen y Kinney, 1980; Parnas et al., 1982; Lewis y Murray, 1987; Eagles et al., 1990) y que, especialmente en EEUU, los índices de mortalidad infantil (indicador de problemas obstétricos y de mal cuidado prenatal) son sustancialmente mayores entre los más pobres.

El mayor apoyo a la teoría del rechazo social proviene de un estudio llevado a cabo por Goldberg y Morrison (1963) en el Reino Unido, en donde se demostró que aunque los varones con esquizofrenia estaban representados en exceso en las clases socioeconómicas más bajas, la clase social de sus padres y de otros varones de la familia se distribuía casi como la de cualquier individuo de la población general (Warner R., 1995). La relación entre la esquizofrenia y la clase social ha sido demostrada de manera concluyente solo en los habitantes de las ciudades; la relación solo es estrecha en las grandes ciudades y es muy lábil en las pequeñas ciudades y en la mayoría de las zonas rurales.

La influencia de los *cambios alimenticios* sobre el índice de complicaciones obstétricas en los diferentes grupos de los países en desarrollo puede reforzar el efecto del daño cerebral. Una proporción significativa de mujeres con mal estado nutricional tienen complicaciones durante el parto, bebés de bajo peso o malnutridos.

La mejoría de la alimentación durante el desarrollo industrial llega primero a las clases más acomodadas, pero la primera generación de mujeres que pueden aprovecharse de esta situación beneficiosa son de estatura baja y un alto índice de deformidades pélvicas. Sin embargo, sus hijos son de mayor tamaño. Consecuentemente, la primera generación de mujeres con mejor posibilidad de alimentación tendrán diámetros pélvicos pequeños y deberán soportar en su embarazo fetos de gran tamaño, bien alimentados. El resultado será la existencia de partos más difíciles y un mayor grado de daño cerebral en la nueva generación de niños (Warner, 1994).

#### **3.4.4.3 - Factores culturales**

Junto al estudio de los factores neurobiológicos y su intervención en la etiología de la esquizofrenia es imprescindible considerar los factores socio-culturales en la manifestación y experiencia subjetiva de la esquizofrenia.

Al incorporar estos factores al análisis este se hace más complejo. Ampliar la visión e incluir estos factores, con especial énfasis en el género y el contexto socio-cultural, contribuirá a optimizar la funcionalidad de las personas que viven con esquizofrenia. Mientras que las bases biológicas en las diferencias de sexo han recibido bastante atención, las influencias socioculturales de género en esquizofrenia hasta ahora han sido comparativamente mucho menos consideradas (Nasser, 2002).

Los miembros de la familia tienen diferentes expectativas para el hombre con esquizofrenia que para la mujer con esquizofrenia, educacionales, laborales y parentales, con diferente respuesta y tolerancia familiar y social (Seeman, 1983). Por ejemplo, la dependencia de la familia es considerado más apropiado al rol de la mujer, y la independencia más apoyada para el hombre. La mujer tiene mayor aceptación a la asistencia y apoyo de sus familiares (Sajatovic, 2005).

Los factores culturales incluyen tolerancia social a la enfermedad mental y el grado de soporte familiar y aceptación, que puede variar con el grado de industrialización en una sociedad. Por otra parte las implicaciones socioculturales (como son el matrimonio, apoyos, nivel educativo etc.) determinan diferencias en las tasas de compliance en la esquizofrenia.

En cuanto a la identidad sexual, en la literatura (LaTorre, 1984; Nasser, 2002) se recoge que estos tienen una experiencia distorsionada de esta. En su estudio Nasser evalúa la identidad de género por el nivel de auto-identificación con el concepto tradicional de rol masculino y femenino. En su estudio encuentran que los hombres y mujeres con esquizofrenia tienen una experiencia de identidad de género que difiere de la norma estándar. Las mujeres con esquizofrenia tienen una menor identificación con características asociadas al rol de género que aquellas mujeres que no tienen esquizofrenia, y lo mismo observan en los hombres con esquizofrenia.

La identidad de género es una experiencia subjetiva de la individualidad como hombre o mujer. Incluye atributos personales y sociales, la forma de relacionarse, intereses y habilidades. El rol de género es la expresión pública de esta individualidad. Todo lo cual tiene implicaciones potencialmente importantes en la mujer en su asunción del rol de madre y responsable/organizador de la casa.

En diferentes investigaciones sobre este tema se emplea el Bem Sex Role Inventory (BSRI; Bem 1974) que es uno de los mejores instrumentos usado como medida de género. Otro es el Personality Attributes Questionnaire , (Spence, 1974), el Minnesota Multiphasic Personality Inventory's (MMPI-2's escala Masculinidad-Feminidad).

#### **3.4.4.4 - Ajuste social**

Hay consenso general en que la mujer con esquizofrenia tiene mejor ajuste y funcionamiento social (Jablensky, 1992). El ajuste social es una variable siempre influenciada por el contexto sociocultural, rol social, personalidad basal, tipo de cultura y situación familiar (Nasser, 2002). Los mayores estresores sociales que afectan a la calidad de vida de la mujer con enfermedad mental crónica son la victimización y el cuidado del hogar.

#### **3.4.4.5 - Estado civil**

Durante años se ha venido considerando que la mujer es más vulnerable a la patología mental. Trabajos sobre la vulnerabilidad psíquica de la mujer encontramos desde muy antiguo, Giné y Partagás en 1871 afirmaba que “La sensibilidad femenina es una de las características más notables del temperamento de la mujer y ejerce una influencia notable como predisposición individual a las enfermedades mentales” (citado en Polo C. 2007).

Muñoz P.E. (1990) recoge las diferencias sexuales que se observan en relación a la morbilidad psiquiátrica y las distintas prevalencias de enfermedad mental en cada sexo publicadas, así como las de su estudio del Baztan realizado en Navarra.

Las investigaciones apuntan al estado conyugal como un predictor de mejor evolución de la esquizofrenia, siendo visto como un indicador de competencia social. El matrimonio tendría un efecto protector frente a la enfermedad mental en los hombres, pero en las mujeres actúa como importante fuente de estrés (Surtees PG. et al.1983).

Estudios clásicos como el de Brown y col. en el 1978, asociaba la depresión con ser mujer, estar casada, tener tres o más niños pequeños en casa, no tener trabajo remunerado, clase social baja y haber perdido a la madre en la infancia. Otros autores encuentran en áreas rurales la ausencia de empleo fuera de casa y el cuidado de los hijos pequeños un factor protector frente a la patología psiquiátrica en la mujer (Vázquez-Barquero JL et al., 1987).

Investigaciones recientes encuentran que las mujeres casadas que trabajan fuera de casa y tienen hijos, tienen niveles de estrés más elevados que los hombres en su misma situación y que las mujeres sin hijos, pudiendo estar esto relacionado con la mayor frecuencia de trastornos ansioso-depresivos en la mujer. Diversos estudios encuentran que el estado civil tiene relación con el riesgo de esquizofrenia. Así el riesgo de los no casados se incrementa entre 2,6 y 7,2 veces cuando se compara con el de los casados (Warner R, 1995).

Las mujeres tienen tendencia a casarse antes que los hombres y a tener una presentación más tardía de la esquizofrenia. Se ha sugerido que el matrimonio ejerce un efecto protector que retrasa la presentación de la enfermedad en las mujeres. Alternativamente, también existe la posibilidad de que la enfermedad, en sus primeras manifestaciones, pueda ser una barrera que dificulte el matrimonio.

Eaton (1975), empleando los datos de incidencia del registro de casos psiquiátricos de Maryland, y Riecher- Rössler et al. (1992) llegaron a la conclusión de que esta última explicación es la más probablemente cierta. Nasser y cols (2005) encuentran que los hombres que tuvieron un inicio temprano de la esquizofrenia tuvieron menos probabilidad de estar casados comparados con mujeres, mientras que las mujeres con esquizofrenia es más probable que estén casadas y tienen más hijos que los hombres.

#### **3.4.4.6 - Situación laboral**

Los estudios sobre la relación entre trabajo y la salud mental de la mujer no han aportado resultados concluyentes (Polo C., 2007). Se ha visto que una variable importante en la relación entre trabajo y patología mental es el soporte social.

La mujer sigue teniendo hoy en día en la familia un papel cuidador, hacia los hijos como parte de su disposición a la maternidad, hacia la pareja, y aunque cada vez en menor medida, hacia los padres ancianos. Mayor controversia existe en torno al papel que podría jugar la mejor formación cultural.

#### **3.4.4.7 - Situaciones de violencia**

Las diferencias de género en la conducta social ha sido propuesta como una potencial contribución a las diferencias de género en la esquizofrenia. Específicamente, chicas preesquizofrénicas son más tímidas y menos sociables que otras chicas, sin embargo los chicos preesquizofrénicos son más agresivos y delinquen más que otros chicos.

Seeman (1985) sugiere que la sociabilidad puede ser un factor protector para las mujeres, mientras que la conducta agresiva puede ser un factor precipitante en el hombre. Sin embargo la sugerencia de que peor habilidad social o agresividad sean factores causales en el desarrollo de la esquizofrenia carecen de soporte empírico, con la interpretación alternativa de que se tratarían realmente de manifestaciones premórbidas del proceso de enfermedad. La violencia hacia la mujer es también más frecuente en todas las etapas de la vida (Unger R.K., 1979).

En cuanto a la violencia estudios como el de Hodgins en el 1992, indican que mujeres con trastornos psicóticos sufren actos violentos 27 veces más que las mujeres sin psicosis, mientras el incremento para hombres con enfermedad mental severa es de cuatro veces, lo que supone una notable diferencia. El hombre tiene más probabilidad de ser víctima de un crimen que la mujer (en la calle, tras pelea....). Sin embargo las mayores cifras de crimen doméstico suele ser hacia las mujeres, especialmente mujeres enfermas mentales.

#### **3.4.4.8 - Respuesta al Estrés**

El estrés tiene sin duda un papel importante en la presentación de la esquizofrenia. Un pionero estudio de Brown y Birley en 1968 encontró una incidencia mucho mayor de acontecimientos estresantes de diversa gravedad, en un periodo de tres semanas antes de la presentación de episodios en los pacientes con esquizofrenia que en los sujetos control de la población general.

Norman y Malla en el 1993 en una amplia revisión de estudios encuentran que los episodios de la enfermedad tienen mayor tendencia a estar precedidos por un nivel elevado de estrés.

Algunos autores han sugerido que las diferencias de género en la esquizofrenia es el resultado de la *diferente susceptibilidad al estrés*. Tres diferentes argumentos han sido presentados:

- a) que el hombre experimenta más estrés interpersonal que la mujer,
- b) que el hombre es más vulnerable a los efectos adversos del estrés y

c) el estrés derivado de las demandas de rol es más temprano para el hombre que para la mujer (Lewine, 1981). Por otro lado está el problema de operativizar el concepto de “demandas de rol”, y el hecho de que se han observado similares diferencias de género en distintas culturas con grandes diferencias en las demandas de rol de género.

Datos del National Comorbidity Survey (Kessler, 1995) indican que ciertos tipos de trauma interpersonal es más prevalente en hombres que mujeres (ataques con armas, físicos...), pero otros tipos son más comunes en las mujeres que los hombres (violación, maltrato..). Unos son más aversivos para el hombre y otros para la mujer. No hay sin embargo evidencia que sugieran que la exposición a agresiones interpersonales sea importante en la etiología de la esquizofrenia, sí en el curso (Salem, 1998).

Figueira et al (2010) revisa los datos relativos a las diferencias de sexo y género en la reactividad al estrés, estudiando la modulación biológica desde una aproximación neuroendocrina, y su contribución a la expresión en las diferencias de género en la prevalencia y en los aspectos clínicos.

Los *acontecimientos vitales estresantes* junto con un alto grado de emoción expresada en el entorno familiar, pueden jugar un cierto papel etiopatogénico en el desarrollo de los trastornos psicóticos, si bien este papel parece más relevante para los trastornos de base afectiva que para la esquizofrenia. (Van Os J., Fahy T. et al., 1994; Birchwood M, 2002).

#### **3.4.4.9 - Emigración**

Diversos estudios han indicado que los emigrantes que entran en una nueva cultura en el estrato social alto tienen menores índices de hospitalización por esquizofrenia que otros tipos de inmigrantes y que sus cifras se aproximan a la de los nativos (Cochrane, 1977). Los que se ven rodeados de pobreza y estrés, manifiestan los más altos índices de enfermedades psicóticas (Warner, 1985).

Estos resultados indican que la variación en las tasas de incidencia es consecuencia de que los emigrantes entren en una nueva cultura, bien el estrato social alto o bien en el estrato social bajo.

Un estudio de Harrison et al en 1988 demostró que la incidencia de esquizofrenia, entre los afrocaribeños de Nottingham era, por lo menos, seis veces superior a la población general y que la gran mayoría de los pacientes eran inmigrantes *en segunda generación*. Thomas (1993) en estudio llevado a cabo en Manchester encuentra también que la tasa es mayor en inmigrantes afrocaribeños de segunda generación (nacidos en el Reino Unido).

La conclusión que extraen de estos resultados es que la inmigración por si sola no incrementa el riesgo de esquizofrenia sino que el haber nacido en un nuevo país es lo que se puede relacionar con un aumento del riesgo. Un índice aumentado de infecciones maternas en el nuevo país, factores obstétricos o cambios en las respuestas inmunitarias son los factores que podrían explicar el incremento del riesgo en la segunda generación de los inmigrantes (Warner, 1994).

### 3.5 INTEGRACIÓN TEÓRICA

Varios son los autores que han desarrollado teorías para explicar las diferencias de género. Dos de estas teorías son las de los grupos de Seeman y de Häfner, y la de Castle y colaboradores.

Seeman y Lang (1990) y Häfner et al (1991) proponen la **teoría estrogénica**, siendo las características neuroendocrinas las que confieren protección a la mujer. Argumentan que los estrógenos directa o indirectamente modifican la expresión sintomática y explican muchas de las diferencias encontradas. El posible efecto de los niveles de estrógenos a nivel neuroquímico y molecular en los receptores de dopamina, serotonina y glutamato han sido descritos por autores como Rösler y Häfner 1993, Sumner y Fink 1997, y Woolley y McEwen 1994 respectivamente (Moldin SO, 2000).

Esta teoría estrogénica permite explicar bien las diferencias en la edad de inicio, respuesta al tratamiento, curso y manifestaciones diferentes en distintos subtipos. Sin embargo asumen que la etiología primaria de la enfermedad es la misma. La ausencia de diferencias de género referidas en otras variables ha sido interpretado como consistente con el mismo mecanismo patofisiológico en hombres y mujeres con esquizofrenia, y las diferencias en la edad de inicio, curso social y sintomatología temprana serían atribuibles a factores biológicos no específicos: diferencias en labilidad genética, diferencias cognitivas y sociales en los estadios de desarrollo y edad-dependientes, conductas genero-específicas y patrones cognitivos (Häfner H, 2003).

Castle y Murray (1991), Castle et al. (1994, 1995) han propuesto la **teoría del neurodesarrollo** que postula esencialmente dos procesos diferentes de enfermedad. La esquizofrenia en varones es hipotetizada como el reflejo de una gran susceptibilidad a trastornos del neurodesarrollo, que se acompaña de inicio más temprano, peor funcionamiento premórbido, anomalías en estructura/función cerebral, peor curso y respuesta al tratamiento y menor contribución genética.

La mujer predispuesta a trastornos afectivos está sujeta a infecciones virales durante el desarrollo de la gestación que lleva a “esquizofrenia-like”, su enfermedad está caracterizada por inicio más tardío, mejor funcionamiento premórbido, mejor curso y respuesta al tratamiento, menor concurrencia de exposición a agentes infecciosos prenatales, mayor concurrencia de nacimientos en primavera/invierno, y gran riesgo familiar de enfermedad afectiva.

La diferencia esencial entre estas dos teorías está en una o dos etiologías para la psicosis esquizofrénica. Una dificultad inherente es la gran cantidad de factores que intervienen: diferencias metodológicas, en la expresión social de la conducta, diferencias anatómicas etc., que pueden explicar según Moldin, parte de las diferencias de género observadas.

Moldin (2005) opina que la resolución de la heterogeneidad etiológica en la esquizofrenia podría venir con el conocimiento de la patofisiología de la enfermedad y de identificar los genes susceptibles, no pudiéndose explicar sólo por las diferencias de género encontradas.

En los últimos años las teorías se orientan hacia el hallazgo y la acción de los llamados **neuroesteroides** y su acción sobre los receptores GABAA.

Un largo número de estudios experimentales, generalmente en roedores, han demostrado las múltiples acciones de los esteroides en el Sistema Nervioso Central, y estas hormonas han sido calificadas de “*Neuroactivas*”.

Pregnenolona, progesterona y sus reducidos metabolitos son calificados de “*neuroesteroides*”, porque estos pueden ser sintetizados por neuronas y células gliales del sistema nervioso central y periférico. De este modo, la Progesterona, ha sido implicada en la viabilidad y regeneración de neuronas y juega un importante rol en la formación de vainas de mielina, que protegen los axones y son requeridos para la eficiente y rápida conducción de los impulsos eléctricos a lo largo de las fibras nerviosas.

La progesterona y sus metabolitos 3<sup>a</sup>,5<sup>a</sup>-TH PROG y 3<sup>a</sup>,5<sup>a</sup>-TH DOC son dos neuroesteroides que modulan la excitabilidad y plasticidad neuronal (factores de síntesis tróficos y neurogénesis BDNF). Los **BDNF “brain derived neurotrophic factor”** son el control de la ventana de consolidación sináptica (Bramham C.R.2007). El rol de estos BDNF en la plasticidad sináptica es destacada.

Los *neuroesteroides endógenos* modulan la función de los receptores inhibitorios mayoritarios del cerebro y juegan un importante papel fisiológico y patofisiológico. Sin embargo el incremento de progesterona endógena en respuesta a la lesión no es suficiente para una óptima neuroprotección. La administración de progesterona exógena tiene marcado efecto protector de neuronas.



El tratamiento con progesterona incrementa la expresión de factores neurotróficos derivados cerebrales (BDNF). Esto constituye un potencial para intervenciones terapéuticas que promuevan neuroprotección y neuroregeneración, por estimulación de síntesis de neuroesteroides endógenos con acciones neuroprotectoras o por la administración de progestágenos exógenos. (Schumacher, M.,Guennoun, R., Ghoumari, A., Massaad, C., et al 2007) (Schumacher, M.,Guennoun, R., Stein, D.G., De Nicola,A.F., 2007) .

Los Neuroesteroides, tipificados por el potente metabolito de progesterona allopregnanolone puede ser sintetizada de novo en el SNC en niveles suficientes para modular la función de receptor GABA<sub>A</sub>. Sin embargo las acciones de los neuroesteroides son “neuron selectivas”. Así diferentes grupos de neuronas , con diferentes pools de receptores GABA<sub>A</sub> , pueden tener diferente sensibilidad neuroesteroidea. Esta especificidad neuronal ha sido encontrada en varios estudios (Belelli, D., Lambert, J.J. 2005).

La reciente identificación de la porción de aminoácidos que actuarían como llave (conmutador) en los receptores del GABA<sub>A</sub> que influye en la interacción neuroesteroide/receptor permitiría el desarrollo futuro de modelos transgénicos que nos harían dilucidar el *papel de estos potentes moduladores de los receptores GABA<sub>A</sub>* en la salud y diferentes enfermedades.

Del mismo modo que la modulación de los receptores GABA<sub>A</sub> por esteroides neuroactivos contribuyen a la patofisiología de la depresión (Rupprecht 2003; Schüle et al 2006), y los neuroesteroides median la sensibilidad al alcohol a través de la actividad de los receptores GABA<sub>A</sub> (Morrow,A.L.,2007), podrían estar implicados en la patofisiología de la esquizofrenia.

Green MJ (2010) en meta-análisis realizado de 16 estudios encuentran evidencia de niveles de BDNF en sangre reducidos en esquizofrenia. El análisis por subgrupos revela reducción de BDNF en el grupo de pacientes medicados y no medicados, y en hombres y mujeres con esquizofrenia. Existiendo asociación entre BDNF reducido en esquizofrenia e incremento de la edad, pero no con dosis de medicación (Green MJ, 2010). Otros autores (Jindal RD, 2010) encuentran reducciones de BDNF más pronunciadas en pacientes con esquizofrenia que en los pacientes con psicosis afectiva.



### **3.6 ENFERMEDADES FÍSICAS EN MUJERES CON ESQUIZOFRENIA**

#### **3.6.1 INTRODUCCIÓN**

Las personas con enfermedad mental grave presentan una prevalencia de enfermedades físicas más alta y una más alta mortalidad que la población general (Maj M.,2009).

Autores como Norman Sartorius, Mario Maj y Stefan Leucht recogen en una extensa revisión sobre el tema, que el acceso a cuidados físicos de salud en pacientes con esquizofrenia es reducido, y la calidad de los cuidados físicos que reciben es peor si comparamos con la población general. Esto afecta a su calidad de vida, ya que la salud física es una dimensión crucial de ésta. Parte de este exceso de mortalidad podría ser debida a suicidio y accidentes (un 40%), pero un gran proporción de estas tienen una enfermedad física como principal causa de muerte (Leucht, S. et al 2007 ).

En el estudio de seguimiento llevado a cabo en Reino Unido por Brown S. et al. (2000), encontraron que la mortalidad debida a causas naturales en las personas con esquizofrenia es más del doble en comparación con la de la población general. La mortalidad por causas “evitables con un tratamiento apropiado” era más de cuatro veces mayor que en la población general.

La prevalencia de diversas enfermedades físicas está aumentada en estos pacientes en comparación con la población general. Dickey B. et al. (2002) en estudio llevado a cabo en USA, observó que las personas con trastornos psicóticos tenían una probabilidad mayor en desarrollar diabetes, HTA, cardiopatías, asma, trastornos gastrointestinales, infecciones cutáneas, neoplasias malignas y trastornos respiratorios agudos.

Lawrence DM. et al (2003) en estudio longitudinal realizado en Australia, observaron que al contrario de la disminución mantenida de la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en la población general durante el periodo de 1980 a 1998, que pasó de 209 a 143 /100 000 personas-años en los varones, y de 139 a 117 en las mujeres, en los pacientes psiquiátricos se mantuvo la tasa de mortalidad constante en el caso de los varones (media de 280/100 000 pers.-años) y *aumentó de 153 a 234 en el caso de las mujeres* .

Según un meta-análisis reciente un 62% de pacientes con Esquizofrenia fuma, y muchos de ellos usan drogas y alcohol (De León y Díaz 2005). Hay evidencia recogida de que no realizan ejercicio y tienen peores dietas (Daumit et al. 2005, Mc Creadie 2003). La prevalencia de Diabetes en Esquizofrenia es 1.5 a 2 más elevada que en población general (American Diabetes Association et al. 2004).

En las enfermedades infecciosas con excepción de HIV, hepatitis y tuberculosis, hay poca evidencia de la prevalencia de infecciones en pacientes con esquizofrenia.

Cuando son hospitalizados sufren eventos adversos durante y después de intervenciones médicas y quirúrgicas más frecuentemente que las personas sin esquizofrenia (Daumit et al. 2006). Estos acontecimientos adversos, incluidas las infecciones, la insuficiencia respiratoria postoperatoria, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar y sepsis postoperatoria, relacionándose con un aumento significativo de las probabilidades de ingreso en la UCI y de muerte.

Esto puede ser debido por un lado, a que estos pacientes no prestan atención al cuidado físico de su cuerpo, higiene, hábitos y profilaxis de enfermedades. Por otro lado viven en muchos casos en condiciones de pobreza y más expuestos a violencia y abusos. Las personas con trastorno mental grave con frecuencia abusan de alcohol y drogas con los problemas de salud que derivan de ello. Otro motivo es que no se reconocen las enfermedades físicas que padecen, son frecuentemente infradiagnosticados, es más difícil que consulten, seguir sus procesos físicos y comunicar con ellos .

Sin embargo una proporción sustancial del exceso de morbilidad física, según estos autores, no es explicable únicamente por estos factores mencionados, por lo que es necesario que tengan factores que faciliten la aparición de estas enfermedades inherentes a las personas que tienen trastornos mentales severos. *Cambios en el sistema inmune y disbalance hormonal son mencionados por diversos autores como factores involucrados.*

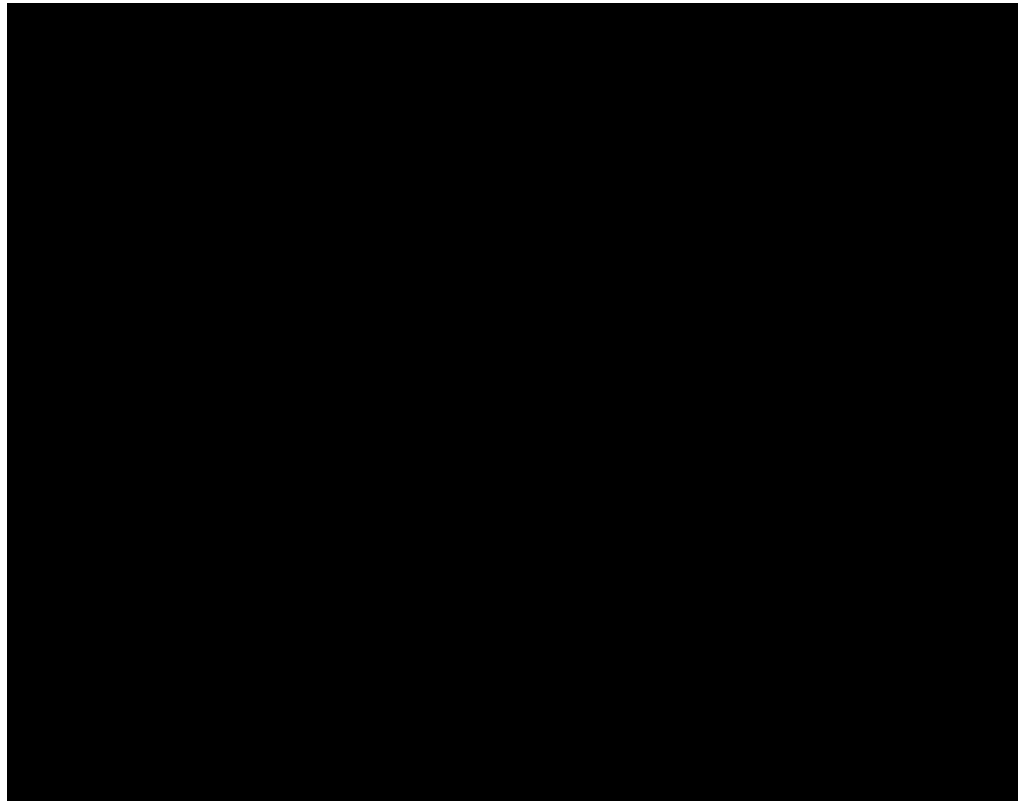
Muchos son los autores que al igual que Leucht, Maj y Sartorius consideran que hay áreas que no están suficientemente investigadas en pacientes con Esquizofrenia con datos desde el punto de vista epidemiológico, y que la comorbilidad física debe ser estudiada sistemáticamente, así como la interacción entre Esquizofrenia y diferentes enfermedades físicas, teniendo en cuenta además de la edad el sexo.

Entre los factores que se relacionan con este incremento de comorbilidad física en los pacientes con Esquizofrenia es necesario mencionar las siguientes: la presencia de síntomas negativos , los déficits cognitivos, las dificultades para mantener los tratamientos, el estilo de vida, los antipsicóticos y otras medicaciones que toman durante muchos años, sino de por vida, que están asociados con importantes efectos secundarios y pueden ocasionar interacciones con otros medicamentos psicotrópicos y no psicotrópicos .

En la reciente revisión realizada en 2007 por Leucht et al.(Medline desde 1966 hasta mayo de 2006), sobre la asociación de enfermedad física y esquizofrenia, estos autores encontraron más de 44.000 artículos que abordaban diferentes aspectos de la salud física en los pacientes con esquizofrenia.

En el siguiente gráfico se reseña el número de artículos que hacen referencia a cada sistema orgánico. Destaca el gran número de publicaciones referidas al sistema nervioso (15170 artículos), gran parte de ellas relacionadas con los efectos neurológicos del tratamiento farmacológico.

**GRÁFICO 2 : N° DE ARTÍCULOS QUE HACEN REFERENCIA A CADA SISTEMA ORGÁNICO**



*Gráfico extraído de : Leucht S et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. Acta Psychiatr Scand 2007; 116: 317–333. (Medline 1966 - May 2006 . Artículos publicados: 44.202)*

En esta revisión se resalta la mayor prevalencia de infecciones por el VIH y virus de hepatitis, osteoporosis, diferentes alteraciones neurológicas, disfunción sexual, complicaciones obstétricas, problemas dentales, polidipsia, alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, sobrepeso-obesidad y enfermedades cardiovasculares.

Destaca la asociación negativa con algunas patologías como la artritis reumatoide y algunos tipos de cáncer.

La mayoría de los artículos (86%) procedían de países desarrollados lo que limita la generalización universal de los hallazgos. De los 228 estudios incluidos el 39% correspondían a Europa, el 41% a Norteamérica y el 4% a Australia. Correspondiendo un 12% a Asia, un 1% a Africa y Sudamérica y un 3% no determinado.

**Tabla 22:** RESUMEN DE LAS ENFERMEDADES FÍSICAS CON FRECUENCIA INCREMENTADA O DISMINUIDA EN ESQUIZOFRENIA .

<i>CATEGORÍA DE ENFERMEDAD</i>	<i>ENFERMEDAD</i>
<i>FISICA</i>	
<i>Infecciones Bacterianas y Micosis</i>	<i>Tuberculosis</i> +
<i>Enfermedades Virales</i>	<i>HIV</i> ++
	<i>Hepatitis B</i> +
	<i>Hepatitis C</i> +
<i>Neoplasias</i>	<i>Cáncer en general</i> - ?
	<i>Formas específicas de cáncer</i> <sup>a</sup> ¿?
<i>Musculoesqueléticas</i>	<i>Osteoporosis</i> +
<i>Odontológicas</i>	<i>Peor estado dental</i> +
<i>Tracto respiratorio</i>	<i>Deterioro función pulmonar</i> +
<i>Sistema Nervioso</i>	<i>Efectos Extrapiramidales de fármacos Antipsicóticos</i> +
	<i>Signos motores en pac. sin NL</i> +
	<i>Sensibilidad al dolor reducida</i> +
<i>Urológicas y Aparato Genital masculino</i>	<i>Disfunción sexual</i> +
	<i>Cáncer de próstata</i> -
<i>Aparato Genital femenino</i> <i>Complicaciones embarazo</i>	<i>Disfunción sexual</i> +
	<i>Hiperprolactinemia por antipsic. (galactorrea, irregularidades menstruales, etc.)</i> +
	<i>Complicaciones obstétricas</i> ++
<i>Cardiovasculares</i>	<i>Problemas cardiovasculares</i> ++
<i>Piel y tejido conectivo</i>	<i>Pigmentación piel</i> <sup>aa</sup> +
	<i>Artritis reumatoide</i> -
<i>Nutricionales y Metabólicas</i>	<i>Obesidad</i> ++
	<i>Diabetes</i> +
	<i>Síndrome metabólico incluida Hiperlipidemia</i> +
	<i>Polidipsia</i> +
<i>Endocrinas</i>	<i>Disfunción Tiroidea</i> +
	<i>Hiperprolactinemia por antipsic.</i> +

Extraída de revisión de Leucht S., Burkard T., Henderson J.H., Maj M., Sartorius N. en "Physical illness and Schizophrenia. A review of the evidence". Cambridge University Press 2007.

<sup>a</sup> Formas específicas de cáncer han mostrado resultados contradictorios y poder limitado

<sup>aa</sup> Efecto secundario de Clorpromazina, probablemente no con otros antipsicóticos

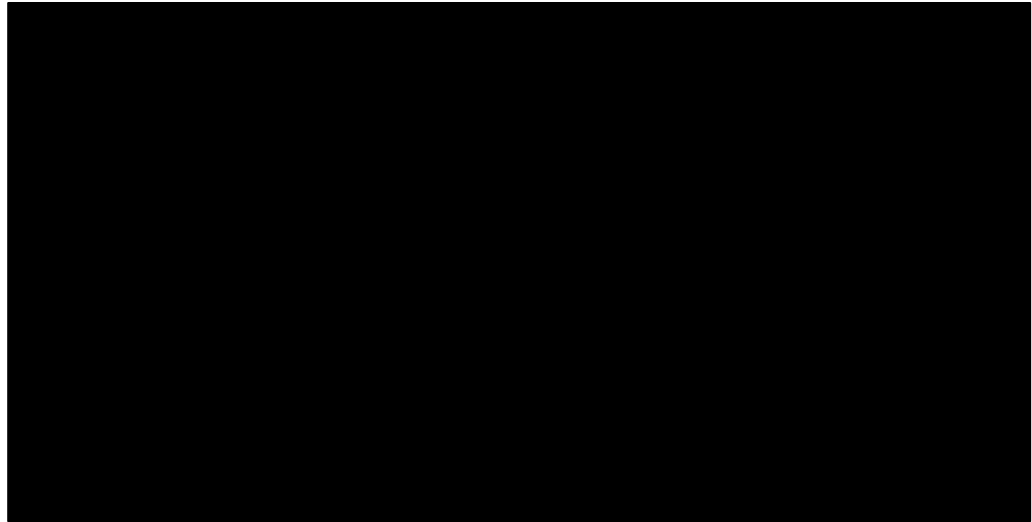
++ Muy buena evidencia (fuerte evidencia) riesgo incrementado

+ Buena evidencia riesgo incrementado - Buena evidencia riesgo reducido

Aunque en términos de riesgo relativo el incremento de muertes por suicidio es el mas alto, en números absolutos son las muertes naturales las que condicionan el mayor incremento.

Lejos de mejorar, esta diferencia de mortalidad, en las últimas décadas se ha visto incrementada , como queda plasmado en el siguiente gráfico :

**GRÁFICO 3: TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA EN ESQUIZOFRENIA**



- Por Suicidio: 12,86 y Naturales: 2,41

*Extraído de : Saha S et al. A Systematic Reivew of Mortality in Schizophrenia. Ach Gen Psychiatry. 2007; 64(10):1123-1131. (Metanálisis 37 artículos / 25 países / hasta 2006)*

Con respecto a la población general las tasas de mortalidad estandarizadas en los pacientes con esquizofrenia fueron más elevadas para la mayoría de causas naturales.

En los últimos años se está evidenciando un incremento mayor en el riesgo de la mortalidad cardiovascular de estos pacientes. Dado que esta es la causa fundamental de mortalidad en los países desarrollados (alrededor del 30% de las causas de muertes), cualquier incremento, por pequeño que sea, en el riesgo relativo supone un incremento considerable en el número absoluto.

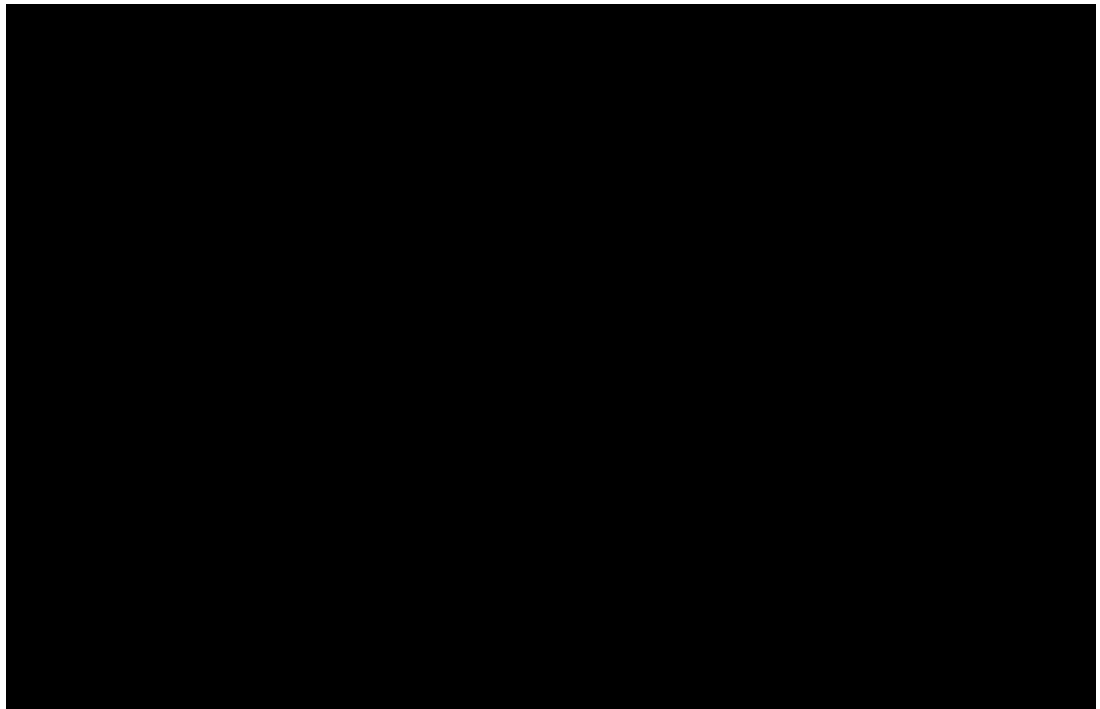
En el estudio realizado por Fors et al. (2007) en Suiza, en el que analizan la tasa de mortalidad durante 10 años de 255 pacientes con esquizofrenia, encuentran una tasa de mortalidad de 23% en estos frente al 11.2% en población general. La alta mortalidad fue el resultado de causas no naturales y enfermedades cardiovasculares y circulatorias especialmente en hombres.

En España Bouza y cols. (2010) analizan los ingresos del Registro Nacional Hospitalario durante un periodo de cuatro años (2000-2004) de pacientes esquizofrénicos (295.xx), seleccionando los motivados por causas físicas (ingresos no psiquiátricos codificados según la ICD-9-CM).

La media de procesos médicos presentados fue de 2.3, un 61% varones y la edad media fue de 53 años. La mortalidad hospitalaria fue 6.9% y la edad media del fallecimiento los 63 años. La causa de la muerte en el hospital fue en el 21% circulatoria, 18% respiratoria y 17% por neoplasias.

Encontrando además de diferencias significativas por sexo y edad, que la hospitalización por causa física en estos pacientes en España se asocia con una alta mortalidad intrahospitalaria.

**GRÁFICO 4:** TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA POR PATOLOGÍAS. MEDIANA Y CUARTILES 10-90%



*Extraído de : Saha S et al. A Systematic Reivew of Mortality in Schizophrenia. Ach Gen Psychiatry. 2007;64(10):1123-1131*



### 3.6.2 ENFERMEDADES APARATO GENITAL FEMENINO

#### **3.6.2.1 - Galactorrea**

Kreinberg et al. en 1999 recoge un 1.5% de prevalencia de galactorrea en mujeres tratadas con atípicos (risperidona) y un 3.3% de prevalencia en mujeres tratadas con haloperidol en estudio comparativo. Sin embargo este tipo de ensayos farmacológicos randomizados controlados a menudo infraestiman su presencia porque usan datos aportados en las entrevistas por los pacientes y la mayoría de pacientes no comunican espontáneamente este síntoma.

Windgassen et al.(1995) en estudio realizado en 150 pacientes con esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos típicos en 1996 encontró una incidencia ,entre el 7 y 75 día después de iniciar la terapia antipsicótica, de un 14% y una prevalencia de 19%. Más de la mitad de las mujeres presentaban galactorrea. Estando asociado significativamente con el riesgo de galactorrea tener embarazos previos, la premenopausia y la dosis de antipsicóticos. En otros estudios revisados por este mismo autor, la frecuencia de galactorrea que encuentra oscila en un rango de 10% y 57%.

Esta divergencia se explica por las diferencias en la composición de las muestras, diferentes medicaciones, distintos métodos de examen empleados (preguntar al paciente, exploración manual, niveles de prolactina), y de definiciones de galactorrea .

#### **3.6.2.2 - Amenorrea**

Leucht et al.( 2007) recogen una prevalencia de irregularidades menstruales o amenorrea de entre el 18.8% y el 78% en mujeres tratadas con antipsicóticos típicos. Incluso encontraron que se había descrito asociación de anormalidades en el ciclo menstrual de mujeres con esquizofrenia incluso en aquellas que nunca habían sido tratadas con medicaciones antipsicóticas . Perkins (2003) teniendo en cuenta la alta prevalencia de amenorrea y la importancia clínica de niveles bajos crónicos de estrógenos en enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, considera necesario un mayor estudio e investigación.

#### **3.6.2.3 - Cáncer de mama**

Una cuestión general es si altos niveles de prolactina mantenidos realmente favorecen el cáncer de mama. Autores como Goffin et al. 1999, o Llovera et al. 2000, apoyan esta idea. Otros como Clevenger et al. 2003, consideran que la evidencia epidemiológica no es consistente. Algunos estudios encuentran una asociación positiva (Ingram et al. 1990), pero otros no (Bernstein et al 1990).

Sólo dos estudios han encontrado un incremento del riesgo estadísticamente significativos de cáncer de mama en esquizofrenia (Dalton et al. 2005, Nakane and Ohta 1986)Otros sin embargo no encuentran diferencias significativas.

**Tabla 23:** ESTUDIOS DE POBLACIÓN EN LA ASOCIACIÓN ENTRE ESQUIZOFRENIA Y CÁNCER DE MAMA.

<i>Estudio</i>	<i>País</i>	<i>Nºde mujeres con esquizof.</i>	<i>Grupo control</i>	<i>Tasa incidencia cáncer de mama en pacientes con esquizofrenia</i>
<i>Nakane and Ohta 1986</i>	<i>Japon</i>	<i>1388</i>	<i>Poblac. general de Nagasaky</i>	<i>RR:3.2 (s.) Women nacidas despues de 1925: 8.06 (s.)</i>
<i>Mortensen 1989</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>3196 m 2956 h</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>IRR:mujeres:1.19(n s.) Hombres:1.85 (n s.)</i>
<i>Gulbinat et al. 1992</i>	<i>USA (Hawaii)</i>	<i>2779</i>	<i>1195 con psic. afectivas, 142 psic. paranoides, 43888 otras patologías</i>	<i>RR :mujeres: 1.60(n s) Honolulu japanese</i>
<i>Mortensen 1994</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>3498 m 5658 h</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>SIR:mujeres:8.88(n s.) Hombres:0.00 (n s.)</i>
<i>Halbreich and Palter 1996</i>	<i>USA</i>	<i>275 m pac. psiquiatricas</i>	<i>928 mujeres con trastorno psiq.</i>	<i>Mujeres Esq: 3.5</i>
<i>Lawrence et al. 2000</i>	<i>Australia</i>	<i>172 932 pac. trast. psiquico (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>Poblac. general Oeste de Australia</i>	<i>IRR:mujeres:0.98(n s.)</i>
<i>Lichtermann et al 2001</i>	<i>Finlandia</i>	<i>11418</i>	<i>Poblac. General de Finlandia</i>	<i>SIR:mujeres:1.15(ns)</i>
<i>Dalton et al. 2003</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>7541</i>	<i>1 328772 mujeres población general</i>	<i>RR: mujeres:0.91(ns)</i>
<i>Barak et al. 2005</i>	<i>Israel</i>	<i>3226</i>	<i>Poblac. General de Israel</i>	<i>SIR: 0.61 (s)</i>
<i>Dalton et al. 2005</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>9743</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>SIR: mujeres: 1.20(s) Hombres:1.00(ns)</i>
<i>Goldacre et al. 2005</i>	<i>UK</i>	<i>9649 (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>600 000 indiv. con enf. físicas y quirúrgicas</i>	<i>RR: 1.01(ns)</i>
<i>Grinshpoon et al. 2005</i>	<i>Israel</i>	<i>26518 (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>Poblac. General de Israel</i>	<i>SIR: mujeres:1.11 (ns)</i>

**IRR** Incidence rate ratio (number of cases standardized for age and sex); **RR** Relative risk ; **SIR** Standardized cancer incidence rate; **n.s.**: not statistically significant; **s.**: statistically significant. **RR,SIR,IRR <1** = decreased incidence; **RR,SIR,IRR >1** = increased incidence.

Extraído de revisión de Leucht S, Burkard T, Henderson JH, Maj, Sartorius N, "Physical illness and Schizophrenia. A review of the evidence". Cambridge University Press . 2007

### 3.6.2.4 - Cáncer de cuello uterino

Los datos son muy heterogéneos. Mortensen en 1994 sugiere que la actividad sexual reducida en pacientes con esquizofrenia puede explicar el riesgo reducido encontrado en algunos estudios (Zaridze and Boyle 1987), pero solo fue estadísticamente significativo en estudio de Dupont et al. (1986).

**Tabla 24:** ESTUDIOS DE POBLACIÓN EN LA ASOCIACIÓN ENTRE ESQUIZOFRENIA Y CÁNCER DE CERVIX.

<i>Estudio</i>	<i>País</i>	<i>Nº de mujeres con esquizofr.</i>	<i>Grupo control</i>	<i>Tasa incidencia cáncer de cervix en pacientes con esquizofrenia</i>
<i>Mortensen 1989</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>3196</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>IRR: 0.68 (ns)</i>
<i>Gulbinat et al. 1992</i>	<i>USA (Hawaii)</i>	<i>2779</i>	<i>1195 con psic. afectivas, 142 psic. paranoides, 43888 otras patologías</i>	<i>RR::3.25 (n s) Honolulu japanese</i>
<i>Lawrence et al. 2000</i>	<i>Australia</i>	<i>172 932 pac. trast. psiquico (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>Poblac. general Oeste de Australia</i>	<i>IRR:1.02 (n s.)</i>
<i>Lichtermann et al 2001</i>	<i>Finlandia</i>	<i>11418</i>	<i>Poblac. General de Finlandia</i>	<i>SIR: 1.31(n s)</i>
<i>Barak et al. 2005</i>	<i>Israel</i>	<i>3226</i>	<i>Poblac. General de Israel</i>	<i>SIR: 0.58 (n s)</i>
<i>Dalton et al. 2005</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>9743</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>SIR: 0.78(n s)</i>
<i>Goldacre et al. 2005</i>	<i>UK</i>	<i>9649 (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>600 000 indiv. con enf. físicas y quirúrgicas</i>	<i>RR: 1.17(n s)</i>

**IRR** Incidence rate ratio (number of cases standardized for age and sex); **RR** Relative risk ; **SIR** Standardized cancer incidence rate; **n.s.**: not statistically significant; **s.:** statistically significant.  $RR, SIR, IRR < 1$  = decreased incidence;  $RR, SIR, IRR > 1$  = increased incidence.

Extraído de revisión de Leucht S, Burkard T, Henderson JH, Maj M, Sartorius N. "Physical illness and Schizophrenia. A review of the evidence". Cambridge University Press .2007

### 3.6.2.5 - Cáncer de cuerpo uterino

Los resultados de los estudios son heterogéneos. De ellos dos estudios encuentran incremento del riesgo estadísticamente significativo (Grinshpoon et al. 2005, Lichtermann et al. 2001). Otros encuentran diferencias no significativas comparadas con la población general, y algunos riesgo disminuido.

**Tabla 25:** ESTUDIOS DE POBLACIÓN EN LA ASOCIACIÓN ENTRE ESQUIZOFRENIA Y CÁNCER DE CUERPO UTERINO.

<i>Estudio</i>	<i>País</i>	<i>Nº de mujeres con esquizofr.</i>	<i>Grupo control</i>	<i>Tasa incidencia cáncer de cuerpo uterino en pacientes con esquizofrenia</i>
<i>Mortensen 1989</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>3196</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>IRR: 0.78 (n.s.)</i>
<i>Lawrence et al. 2000</i>	<i>Australia</i>	<i>172 932 pac. trast. psiquico (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>Poblac. general Oeste de Australia</i>	<i>IRR: 0.96 (n. s.)</i>
<i>Lichtermann et al 2001</i>	<i>Finlandia</i>	<i>11418</i>	<i>Poblac. General de Finlandia</i>	<i>SIR: 1.75 ( s )</i>
<i>Barak et al. 2005</i>	<i>Israel</i>	<i>3226</i>	<i>Poblac. General de Israel</i>	<i>SIR: 0.24 (n s)</i>
<i>Dalton et al. 2005</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>9743</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>SIR: 0.86 (n s)</i>
<i>Goldacre et al. 2005</i>	<i>UK</i>	<i>9649 (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>600 000 indiv. con enf. físicas y quirúrgicas</i>	<i>RR: 1.64(n s)</i>
<i>Grinshpoon et al. 2005</i>	<i>Israel</i>	<i>26518 (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>Poblac. General de Israel</i>	<i>SIR: 1.64 (s.)</i>

**IRR** Incidence rate ratio (number of cases standardized for age and sex); **RR** Relative risk ; **SIR** Standardized cancer incidence rate; **n.s.**: not statistically significant; **s.**: statistically significant.  $RR, SIR, IRR < 1$  = decreased incidence;  $RR, SIR, IRR > 1$  = increased incidence.

Extraído de revisión de Leucht S, Burkard T, Henderson JH, Maj M, Sartorius N. "Physical illness and Schizophrenia. A review of the evidence". Cambridge University Press .2007

### 3.6.2.6 - Cáncer de ovario

Los resultados de estudios sobre el riesgo de cáncer de ovario son inconsistentes, ningún estudio encontró diferencias entre-grupos estadísticamente significativas. No se han encontrado en los estudios evidencia definitiva para ningún tipo de cáncer femenino. Un problema general de muchos de los estudios es que están infra- representados los tipos específicos de cánceres, siendo solo suficientemente numerosos para estudiar el cáncer en general.

**Tabla 26:** ESTUDIOS DE POBLACIÓN EN LA ASOCIACIÓN ENTRE ESQUIZOFRENIA Y CÁNCER DE OVARIO.

<i>Estudio</i>	<i>País</i>	<i>Nº de mujeres con esquizofr.</i>	<i>Grupo control</i>	<i>Tasa incidencia cáncer de ovario en pacientes con esquizofrenia</i>
<i>Mortensen 1989</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>3196</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>IRR: 0.78 (n.s.)</i>
<i>Lawrence et al. 2000</i>	<i>Australia</i>	<i>172 932 pac. trast. psiquico (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>Poblac. general Oeste de Australia</i>	<i>IRR: 0.91(n. s.)</i>
<i>Lichtermann et al 2001</i>	<i>Finlandia</i>	<i>11418</i>	<i>Poblac. General de Finlandia</i>	<i>SIR: 1.22 (n. s.)</i>
<i>Barak et al. 2005</i>	<i>Israel</i>	<i>3226</i>	<i>Poblac. General de Israel</i>	<i>SIR: 0.62 (n. s.)</i>
<i>Dalton et al. 2005</i>	<i>Dinamarca</i>	<i>9743</i>	<i>Poblac. general de Dinamarca</i>	<i>SIR: 1.14 (n. s.)</i>
<i>Goldacre et al. 2005</i>	<i>UK</i>	<i>9649 (nº de mujeres desconocido)</i>	<i>600 000 indiv. con enf. físicas y quirúrgicas</i>	<i>RR: 1.05 (n.s.)</i>

**IRR** Incidence rate ratio (number of cases standardized for age and sex);  
**RR** Relative risk ; **SIR** Standardized cancer incidence rate; **n.s.**: not statistically significant; **s.**: statistically significant.  $RR, SIR, IRR < 1$  = decreased incidence;  $RR, SIR, IRR > 1$  = increased incidence.

Extraído de revisión de Leucht S, Burkard T, Henderson JH, Maj M, Sartorius N. "Physical illness and Schizophrenia. A review of the evidence". Cambridge University Press 2007

### 3.6.3. CÁNCER EN GENERAL

Durante más de cien años se ha asociado la esquizofrenia con menor riesgo de cáncer. Tal como recogen en su revisión sobre el tema Hernández Palacios y cols., en capítulo Esquizofrenia y cáncer (2008), autores como Perrin y cols. en 1959 , encontraron en estudios publicados hasta esa fecha una menor mortalidad proporcional de cáncer (sobre el total de causas mortalidad) en los pacientes psicóticos frente a la población general.

Pero estos estudios , según los autores partían de un error inicial importante. Para que los resultados fueran comparables era necesario que ambos grupos, pacientes con psicosis y el de población general tuvieran la misma tasa de mortalidad global. Al tener los pacientes con psicosis una mayor mortalidad global , se producía una disminución relativa y artificial de la mortalidad proporcional por cáncer.

Los resultados solo indicaban que el impacto del cáncer sobre la mortalidad era menor que el de otras causas en los pacientes con psicosis, pero no que la incidencia de cáncer fuera menor que en la población general.

Otros estudios posteriores han comparado tasas de mortalidad por cáncer (muertes debidas a cáncer sobre población a estudio) en pacientes con psicosis frente a población general, subsanando este error inicial. Baldwin en 1979 realiza una gran revisión sobre la asociación entre cáncer y esquizofrenia , destacando “la pobreza de evidencias” al respecto, estando más basada la idea de riesgo de cáncer reducido en impresiones más que en datos.

Gulbinat y cols. ( 1992) en estudio de seguimiento realizado en tres países (Dinamarca, USA y Japón) en una población de 16.236 pacientes encontró que *sólo las mujeres caucásicas mostraban un RR disminuido* , siendo en el resto igual o mayor, por lo que concluyeron que no podía establecerse que la esquizofrenia por sí sola condicionase un menor riesgo de desarrollar cáncer.

Otros importantes estudios al respecto son los de Mortensen (1994) en Dinamarca, Lawrence y cols.(2000) en Australia, que objetivó un RR de cáncer menor *solo en varones, pero no en mujeres*. Lichtermann y cols. (2001) encontró que el RR de cáncer era mayor en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Otros estudios son los de Goldacre y cols.(2005), Dalton y cols. (2005), Barak y cols.(2005) y Grishpoon y cols. en 2005 que se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 27:** RIESGO DE CÁNCER EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMPARADO CON POBLACIÓN GENERAL

Estudio	Año	País	Esquiz	Cáncer	Personas año riesgo	Fuente Esquiz	Fuente Cáncer	Riesgo cancer
<b>Gulbinat et al. (OMS)</b> 1962-1980	1992	Dinamarca 1957-1980	6152	792	NR	Central Psychiatric register	Danish cancer register	<b>V: 0,67</b> <b>M: 0,92</b>
		USA Honolulu 1962-1980	6977	59	NR	Hawai State Psychiatric Case register	NR	<b>Caucas.</b> <b>V: 1,00</b> <b>M: 0,62</b> <b>Japan.</b> <b>V: 1,21</b> <b>M: 1,73</b>
		Japon Nagasaki 1960-1978	3107	44	NR	Psychiatric institutions Nagasaki Mental Health center	Medical Association Tumor Statistical Committee	<b>V: 1,43</b> <b>M: 1,67</b>

Extraído de Gulbinat W et al. "Cancer incidence of schizophrenic patients. Results of record linkage studies in three countries" Br J Psychiatry 1992; 161 (suppl 18): 75-85

**Tabla 28:** ESTUDIOS RIESGO DE CÁNCER EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Estudio	Año	País	Pac. con esquizof.	Cáncer	Personas año riesgo	Fuente esquizof.	Fuente cáncer	RR cáncer
Mortensen	1994	Dinamarca 1970-1987	9.156		70.000	Central Psychiatric Register	Cancer Register	V:0,76 <b>M:1,06</b>
Lawrence et al.	2000	Australia 1966-1995	172.932 (enf. mental)	496	NR	Linked Database Mental Health Services	Cancer Register	V:0,83 <b>M:1,13</b>
Lichtermann et al.	2001	Finlandia 1971-1996	26.996	794	446.653	National Hospital Discharge and Disability Pension Register	Cancer Register	T:1,17
Goldacre et al.	2005	Inglaterra 1963-1994	9.649	486		Oxford Record Linkage Study	Oxford Record Linkage Study	T: 0,99
Dalton et al.	2005	Dinamarca 1969-1993	22.766	1.394	292.230	Danish Psychiatric Central Register	Danish Cancer Register	V:0,85 <b>M:1,03</b>
Barak et al.	2005	Israel 1993-2003	3.226	120		Mental Health Center Database	National Cancer Center	T:0,58
Grinshpoon et al.	2005	Israel 1962-2001	25.518	1.435	144.888	Psychiatric Case Register	Cancer Register	V:9,85 <b>M:0,90</b>

RR: riesgo relativo ; T:total ; V:varones ; M:mujeres

Extraído de : Hernández R et al. (2008) Esquizofrenia y cáncer. En J Ezcurra, A González-Pinto & M Gutierrez Fraile (eds) La salud física del enfermo psiquiátrico: 143-169. Aula Médica Ediciones, Madrid

Pese a estos discrepantes resultados globales, algunos tipos de cáncer pudieran tener una diferente incidencia en los pacientes con esquizofrenia. Recientemente, algunos autores han mostrado que la incidencia de cáncer de próstata está disminuida de forma consistente en todos los estudios publicados, con un RR medio de 0,59. Al analizar los cuatro tipos de cáncer con mayor incidencia en la población general solo con el cáncer de colon se observa un congruencia similar ( Fuller Torrey E., 2006).

**Tabla 29:** RIESGO DE CÁNCER DE PULMÓN, COLON, MAMA Y PRÓSTATA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMPARANDO CON POBLACIÓN GENERAL.

	<i>Mortensen 1994</i>	<i>Litchtermann 2001</i>	<i>Barak 2005</i>	<i>Goldacre 2005</i>	<i>Dalton 2005</i>	<i>Grinshpoon 2005</i>
<b>Pulmón</b>	0,78	2,17	0,65	1,18	0,82 – 1,17 ♂      ♀	1,38
<b>Colon</b>	0,83 TGI	0,86	0,66	0,72	0,93 – 0,96 ♂      ♀	
<b>Mama</b>	0,87	1,15	0,61	1,01	1,20	1,11
<b>Próstata</b>	0,45 TGM	0,49	0,31	0,76	0,56	0,53

Extraído de E. Fuller Torrey. "Prostate cancer and schizophrenia". *Urology* 2006; 68 : 1280–1283

Las hipótesis para dar respuesta a estos resultados epidemiológicos heterogéneos son diversas, desde vinculaciones genéticas de ambas enfermedades, el posible riesgo modificado por la exposición a diferentes fármacos, sobre todo antipsicóticos, características ambientales y estilos de vida de los pacientes con esquizofrenia. Estas quedan recogidas en las siguientes tablas.



**Tabla 30:** CONDUCTAS DE RIESGO EN ESQUIZOFRENIA QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE CÁNCER

Conducta de riesgo	Incremento riesgo cáncer
Tabaco	Oral, faringe, laringe, pulmón, esófago, páncreas
Obesidad	Colorrectal, endometrio, mama, renal
Sedentarismo	Colorrectal
Alcohol	Faringe, laringe, esófago, hígado, mama, endometrio, renal
Infección virus hepatitis	Hígado
Disminución de paridad mujeres	Endometrio, mama

Fuente: Damjanovic A et al. Comorbidity of schizophrenia and cancer: clinical recommendations for treatment. *Psychiatra Danubina* 2006; 18: 55-60

**Tabla 31:** HIPÓTESIS PARA EXPLICAR LA ASOCIACIÓN ENTRE CÁNCER Y ESQUIZOFRENIA

Ambientales	Farmacológicas	Bioquímicas	Psicosomáticas
Mejor o peor dieta (j,k,l)	Acción antitumoral de fenotiacinas (d,h,i,l)	Déficits de uso de metionina en pac con esq. , y de grupos metilos (c,l)	Antiguas teorías no seguidas por muchos expertos en este campo (c,l)
Exposición reducida a carcinógenos ocupacionales (a)	Incremento de Prolactina inducidos por Antipsicóticos Posiblemente asociados con Ca mama (h)	Otros Factores genéticos desconocidos Protectores (f,h)	
Peor acceso a cuidados médicos en general y hospitalización (g,l)			
Reducida actividad sexual, imp. en Ca cérvix (a,b,c,l)			
Menor exposición al sol (e,h,j)			

a Mortensen 1989

b Dupot et al. 1986

c Du Pan and Muller 1977

d Mortensen 1992

e Mortensen 1994

f Lichtermann et al. 2001

g Dalton et al. 2003

h Grinshpoon et al. 2005

i Dalton et al. 2005

j Goldacre et al. 2005

k Barak et al. 2005

l Cohen et al. 2002

Extraído de revisión de Leucht S, Burkard T, Henderson JH, Maj M., Sartorius N. "Physical illness and Schizophrenia. A review of the evidence". Cambridge University Press .2007

### 3.6.4. ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

Los pacientes con esquizofrenia presentan un riesgo de complicaciones cardiovasculares y de morir por enfermedad cardiovascular superior al de la población general (Brown S.,2000; Ösby U.,2000; Casey DE.,2004; Hennekens CH.,2005; De Hert M., 2006 , De Hert M, 2008). El incremento de este riesgo viene condicionado por la coexistencia de determinados factores de riesgo cardiovascular. Estos tienen una elevada prevalencia de obesidad, resistencia a la insulina, diabetes ,tabaquismo, dislipemia e hipertensión arterial.

En un reciente metaanálisis (Saha S. et al 2007) de 37 estudios realizados en 25 países con un total de casi 23.000 muertes estimadas, la mediana de la tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas (TME) de los pacientes esquizofrénicos fue de 2,58 (siendo 2,41 por todas las causas naturales, y de 7,5 por todas las causas no naturales).

La TME mediana de la enfermedad cardiovascular fue 1,79. Las tasas de mortalidad estandarizadas por todas las causas han ido aumentando progresivamente en la década de los setenta, ochenta y noventa ( fueron respectivamente de 1,84 , 2,98 y 3,2 ) lo que indica que en las últimas décadas ha aumentado la mortalidad.

En cuanto a la enfermedad coronaria se observó un riesgo mayor de enfermedad coronaria mayor *entre las mujeres* (TME de 1,7 en mujeres frente a 1,61 en el total), y una mayor mortalidad cerebrovascular y vascular entre los varones (TME de 2,21) en un estudio de seguimiento realizado a subgrupo de 400 pacientes con trastornos afectivos (trastorno bipolar o depresión unipolar) durante 34-38 años .

Los porcentajes publicados de pacientes esquizofrénicos que reciben tratamiento para la hipertensión, dislipemias o la diabetes son bajos (Nasrallah HA et al. 2006).

En un estudio realizado en 2.463 pacientes esquizofrénicos de 12 países europeos (De Hert M, 2008) ha confirmado el elevado porcentaje de pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular durante el tratamiento. En total, un 10% de los pacientes recibían tratamiento por HTA ; un 7,1% por un trastorno lipídico; un 0,3% por Diabetes tipo 1, y un 3,5 % por diabetes tipo 2. Así mismo las pruebas bioquímicas indicaron valores glucémicos anormales en un 26% adicional de los pacientes no tratados, y dislipemia en un 70%. En un 39% de los casos de HTA, la enfermedad no era tratada.

La hipótesis de que las alteraciones metabólicas son inherentes a la enfermedad esquizofrénica, con la contribución de factores genéticos o biológicos subyacentes y con la contribución de factores socioeconómicos parece que se constata a través de los resultados de los estudios. Existiendo un efecto directo de la enfermedad y/o la medicación antipsicótica en la progresiva aparición de factores de riesgo cardiometabólico (Smith M et al. 2008; Scheen A, 2008).

**Tabla 32:** PREVALENCIA Y RIESGO RELATIVO (RR) ESTIMADOS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES EN LA ESQUIZOFRENIA RESPECTO A LA POBLACIÓN GENERAL.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA	
	PREVALENCIA	RIESGO RELATIVO
Obesidad	45% - 55%	RR= 1,5 – 2
Tabaquismo	50% - 80%	RR= 2 – 3
Diabetes	10% - 15%	RR= 2
Hipertensión	19% - 58%	RR= 2 – 3
Dislipemia	25% - 69%	RR =< 5
Síndrome metabólico	37% - 63%	RR= 2 – 3

*Smith M et al. 2008; Scheen A, 2008*

### 3.6.4.1 - Sobrepeso, Obesidad

Los pacientes con Esquizofrenia tienen una prevalencia entre dos y tres veces superior a la población general de obesidad , especialmente obesidad abdominal y sobrepeso . El 68% tienen una circunferencia abdominal elevada y el 63% un índice de masa corporal (IMC) superior al normal (Holt, 2005; Susce y cols. 2005).

Entre los marcadores de obesidad , de distribución de grasa , el diámetro de cintura y el cociente cintura-cadera, son los que han demostrado una mejor asociación con el riesgo de enfermedad cardiovascular que el IMC. Valores de cintura > 102 cm en varones y > 88 cm en mujeres se considera diagnóstico de obesidad abdominal y se asocia con mayor riesgo.

Estudios recientes (Daumit y cols. 2002) demuestran que pacientes que no han recibido tratamiento presentaban tres veces más grasa intraabdominal.

### 3.6.4.2 - Diabetes Mellitus

La alta prevalencia de diabetes en pacientes con esquizofrenia (mas de 2 veces la de la población general) con una incidencia anual de 1,25 – 4,4% y una historia familiar del 17 al 50% de los casos ha sugerido la posibilidad de la existencia de una vinculación genética entre ambas enfermedades.

En Estados Unidos la prevalencia de diabetes es de alrededor del 8% (Sicree et al. 2003). La prevalencia es fuertemente dependiente de la región geográfica. Las últimas estadísticas sugieren que para el año 2025 haya un incremento del 72% en la prevalencia global de diabetes, sobretodo en países como India, China y Estados Unidos (Zimmet 2005).

Estudios de asociación genética han encontrado algunos locus relacionados con esquizofrenia que también están asociados con la diabetes mellitus tipo 2. Además, varios autores han objetivado una mayor prevalencia de alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado en pacientes esquizofrénicos que nunca han recibido tratamiento (*drug-naïve*) comparados con la población general.

Estas alteraciones han consistido en alteraciones de la glucosa en ayunas, hiperinsulinemia, insulinoresistencia, secreción compensadora de insulina incompleta e intolerancia hidrocarbonada. Sin embargo, no todos los estudios publicados han conseguido demostrar estas alteraciones ( Richard I. G. Holt et al.2005; Bellivier E. 2005; Spelman LM et al. 2007)

**Tabla 33:** ESTUDIOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DRUG - NAIVE.

Estudios	Alteraciones metabolismo hidrocarbonado	
	Si	No
Thakore JH, et al. 2002	*	
Ryan MC et al 2003	*	
Zhang ZJ, et al. 2004		*
Arranz B, et al. 2004		*
Cohn et al 2005	*	
Spelman LM et al 2007	*	

Existen diferentes niveles de evidencia que relacionan el desarrollo de diabetes con el tratamiento antipsicótico. Los primeros artículos que hacían referencia a la relación entre medicación antipsicótica y diabetes fueron publicados en 1950s. En los años 60 se aceptaba que los antipsicóticos podían causar diabetes y se introdujo el término de “*diabetes fenotiacínica*”.

Olvidado posteriormente durante décadas, nuevamente se ha despertado el interés sobre la asociación entre diabetes y tratamiento antipsicótico con la observación que los antipsicóticos de segunda generación pueden estar asociados con un mayor riesgo de alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado.

La evidencia de esta asociación está derivada de datos obtenidos de los casos publicados, estudios de farmacovigilancia, estudios farmacoepidemiológicos de grandes bases de datos y estudios prospectivos (Jin H et al. 2004; Scheen A.J., De Hert MA 2007; Baker RA et al. 2007; Citrome L. L et al. 2007).

Los antipsicóticos atípicos han sido ampliamente utilizados en la última década ,durante este tiempo se han publicado casos que los relacionan (especialmente clozapina y olanzapina y en menor medida quetiapina y risperidona) con el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 e incluso casos de cetoacidosis diabética algunos con resultado de muerte. Datos de farmacovigilancia de la FDA muestran que haloperidol, ziprasidona y aripiprazol tienen cifras similares de baja asociación con alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, mientras olanzapina, clozapina, quetiapina y risperidona se asociaron más frecuentemente con reacciones adversas relacionadas con la diabetes.

En tercer lugar, además de los casos publicados en la literatura y los comunicados a los sistemas de farmacovigilancia de las diferentes administraciones sanitarias existen datos procedentes de estudios de análisis de grandes bases de datos (farmacoepidemiológicos)

Aunque varios de estos estudios han reflejado un riesgo mayor de diabetes para algunos atípicos como clozapina y olanzapina, en una reciente revisión que incluyó 25 estudios farmacoepidemiológicos no se consiguió demostrar un mayor riesgo de diabetes con los antipsicóticos atípicos frente a convencionales.

Sin embargo, pocos de estos estudios realizan un análisis controlado por otros factores de riesgo de diabetes como historia familiar, peso, etnia, otras medicaciones diabetogénicas, nivel de actividad física o dieta. Evidentemente, estos datos deben interpretarse con precaución debido, en primer lugar, a la menor disponibilidad de datos de los más recientemente introducidos antipsicóticos y en segundo lugar a la variabilidad en la calidad y metodología de los diferentes estudios.

Con frecuencia sobrepeso, diabetes y síndrome metabólico están unidos. Más de 40 estudios epidemiológicos relevantes hay al respecto, revisados todos ellos por Leucht et al. en 2007, de ellos solo un pequeño número aporta datos diferenciados por sexo .Estos estudios se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 34:** ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE ASOCIACIÓN ENTRE ESQUIZOFRENIA Y DIABETES, OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO CON DATOS DIFERENCIADOS POR SEXO.

<b>Estudio</b>	<b>País</b>	<b>Motivo Investigación</b>	<b>Nº de pacientes Esquizofrenia (S) Grupo Control (C)</b>	<b>Diabetes Mellit (DM) Sobrepeso/Obesidad Sd. Metabólico (SM)</b>	<b>Conclusiones</b>
Silverstone et al. 1988	UK	Prevalencia de Obesidad en pac. con Antipsicóticos Depot en un distrito de Londres comparado con poblac. general de Londres	Pac. psiquiát: 226  Poblac. General	Mujeres:  <u>Sobrepeso</u> :21% vs. 23% <u>Obesidad</u> :31% vs. 8% <u>BMI</u> > 40: 6% vs. 1%	La prevalencia de obesidad clinicamente relevante fue cuatro veces mayor que en poblac. general de Londres
Allison et Al. 1999	USA	Distribución de BMI ajustado por edad en indiv. con y sin esquizofrenia  (1)1989 National Health Interview Survey (NHIS)  (2) Pacientes esquizofrenia datos basales de grupo con Ziprasidona frente grupo control (NHANES III)	S:150 C: 80.130  S:420 (con Zp) C: 17.689	BMI mujeres: S: 27.36 C: 24.50 (s)  BMI mujeres: S: 27.29 C: 27.39 (n.s.)	(1)BMI ajustado por edad: mujeres tienen significativamente más alto BMI  (2)minimamente pero significativa diferencia en BMI ajustado por edad en H y M con esquizof. comparado con poblac. General
Brown et al. 1999	UK	Evaluación de estilo de vida de pacientes con esquizofrenia que viven en la comunidad tras 15 años y comparación con poblac. general	Pacientes psiquiatr.: 102  S: 39 (22 H y 17 M) C: 2291	<u>Sobrepeso</u> ( BMI 26-30) mujeres: S :47% C :39% (n.s) <u>Obesidad</u> (BMI> 30) mujeres: S: 23% C: 24% (n.s)	La prevalencia de obesidad era similar en hombres, pero en sobrepeso está incrementada en mujeres con esquizof.

Dixon et al. 2000	USA	Prevalencia de diabetes en esquizof.  Datos de tres grupos: (1) grupo investigación (2) Medicaid 1991 (3) medicare 1991 edad inferior a 65 años comparación con tasa diabetes NHIS Periodo obser. 1991	(1) S:719 (454 H y 265 M)  (2)S:6.066 (2212 H y 3854 M)  (3)S:14.182(7660H y 6522 M)  C: desconocido	(1) DM: Mujeres: 21.9% (s)  (2) DM: Mujeres: 15% (s)  (3) DM: Mujeres: 16.7% (s)  C:1.2% (edad 18-44 a) 6.3% (edad 19-64 a)	Elevada significativamente la prevalencia de diabetes en pacientes con esquizofrenia antes de usar los Antipsic. Atípicos en los años 90. Mayor riesgo en mujeres, bajo nivel educ. y grupos población latinos , afro-americanos y nativos americanos.
Heiskanen et al. 2003	Finland	Prevalencia de Sd. metabólico en pacientes de larga evolución con esquiz comparados con personas sin enf. de = área geografica Periodo observación: Enero-Junio 2001	S: 35 C: 1038 H y 204 M	Sd. metabólico: Mujeres: S: 25% vs C: -0%	La frecuencia de SM en pacientes con esquizofrenia es de dos a cuatro veces más alta que los controles  No se asociaba con un específico tipo de antipsicóticos.
McCreadie 2003	UK	Estudio descriptivo de salud física en pac. con esquizof. Scottish Health Survey Questionnair Comparación entre pacientes de tres áreas:Rural,sudoeste y urbana , con BMI de poblac. General	S: 102 (72 H y 30 M)  C: 9047 (3941 H y 5106M)	Obesidad: Mujeres: S: 86% vs. C: 54%	Más pacientes con esquizofrenia tenían sobrepeso u obesidad comparado con población general.
Cohn et al. 2004	Canada	Prevalencia de SM en pacientes del Programa para Esquiz. en el Centro de Adicción y Salud Mental de Notario Comparado con tasas poblac. general USA	S: 240 C: población general USA	Sd. metabólico: Mujeres: S: 48.5% vs. C: 23%	Tasas de prevalencia de SM en pacientes con esquizofrenia fue 2 veces las tasas de la poblac. general
Paton et al. 2004	UK	Prevalencia de obesidad en pac. hospitalizados tratados con Antipsic. Periodo observación: 2002-2003	S: 166 C: población general UK	Obesidad: Mujeres: 20.9 %	La prevalencia de obesidad fue 50% que en poblac. normal
Goff et al. 2005 McEvoy et Al. 2005 Meyer et al. 2005	USA	Prevalencia de SM en pac. con esquiz. que participaban en el CATIE, comparado con NHANES III . Periodo de observación: 1999-2004	S: 689 C: grupo representativo de la población general (NHANES)	Sd. metabólico: Mujeres: CATIE vs. NHANES 51.59% vs. 25.1%	
Dickerson et al. 2006	USA	Distribución de BMI en 169 pac. con enf. mental (96% con medicación psicotrópica )	S: 81 con Esq. (88 con T.D.M)  C:2404	Mujeres: S: 32.3 vs. C: 27.2	Alta prevalencia de obesidad en personal co enf. mental severa.

Extraído de revisión de Leucht S, Burkard T, Henderson JH, Maj M, Sartorius N. "Physical illness and Schizophrenia. A review of the evidence". Cambridge University Press 2007

### 3.6.4.3 - Síndrome metabólico

Aunque ha existido debate sobre la existencia del síndrome metabólico y existen criterios diferentes para definirlo, este identifica a un grupo de pacientes con un alto riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes.

El sustrato fisiopatológico fundamental es la obesidad abdominal (marcador de tejido adiposo disfuncional) y el desarrollo de resistencia a la insulina. El síndrome metabólico es un estado protrombótico y proinflamatorio. Las modificaciones en el estilo de vida incluyendo pérdida de peso, dieta sana y aumento de la actividad física constituyen los pilares esenciales del tratamiento, además del control de cada uno de los factores de riesgo que lo definen.

El síndrome metabólico viene definido por un grupo de factores de riesgo que incluyen obesidad abdominal, alteración del metabolismo hidrocarbonado, hipertensión y dislipemia aterogénica.

Los criterios mas empleados son los de la ATP III (Adult Treatment Panel III) de NCEP (National Cholesterol Education Program ) y los de la IDF (International Federation diabetes).

**Tabla 35: CRITERIOS DEFINICIÓN SÍNDROME METABÓLICO**

<i>TRES DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS</i>	<b>IDF</b>	<b>ATP III</b>
Perímetro abdominal (Europeos)	≥ 94 cm en varones ≥ 80 cm en mujeres (o IMC < 30 Kg/m <sup>2</sup> )	>102 cm en varones > 88 cm en mujeres
Triglicéridos	≥ 150 mg/dl (o recibir tratamiento)	≥ 150 mg/dl
HDLc	< 40 mg/dl en varones < 50 mg/dl en mujeres (o recibir tratamiento)	< 40 mg/dl en varones < 50 mg/dl en mujeres
Glucemia ayunas	> 100 mg/dl (o recibir tratamiento)	≥ 110 mg/dl
Tensión arterial	≥ 130/85 mmHg (o diagnóstico previo de DM II)	≥ 130/85 mmHg

### 3.6.4.4 - Hipertensión arterial

Cuatro estudios encuentran que HTA es menos frecuente en pacientes con esquizofrenia (Schwalb 197; Schwalb et al. 1976; Silver et al. 1999; Steinert et al 1996) comparado con controles normales. Dixon et al. en el 1999 encuentra altas frecuencias de HTA, pero el no tiene grupo control sano, solo grupos control con otros trastornos psiquiátricos.



La baja presión sanguínea en pacientes con esquiz. puede probablemente explicarse por el efecto de algunos antipsicóticos sobre los receptores alfa2 y muscarínicos .

Datos sobre HTA *en mujeres* encontramos en el estudio de Schwalb en Alemania (1975) en mujeres con esquizofrenia con media de 15.7 años de hospitalización, de edad entre 40 a 69 años. Encontraron en mujeres de 40-49 años un 29.1% y en mujeres de 50 a 69 años un 42.8% con HTA. Correspondiendo a una prevalencia de HTA baja en pacientes esquiz. comparados con población general alemana.

### 3.6.4.5 - Disfunción tiroidea

Los trastornos del tiroides son más comunes en la mujer. Por otra parte hay evidencia de tasas altas de disfunción tiroidea en pacientes psiquiátricos. Sin embargo los estudios realizados en Esquizofrenia al respecto no son concluyentes.

En una amplia revisión bibliográfica realizada al respecto por Leucht et al. en "Physical illness and Schizophrenia. A Review of Evidence" de 2007, de los estudios en los que se evalúa cuantos pacientes psiquiátricos tienen alteraciones de la función tiroidea, estos autores destacan 14 estudios. De estos la mayor parte incluyen pacientes psiquiátricos en general, sólo cuatro consideran específicamente pacientes con esquizofrenia, y de ellos sólo en uno, el de Othman et al. (1994), se estudia la diferencia por sexo. Ver tabla

**Tabla 36:** ESTUDIOS DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

<b>Estudio</b>	<b>País</b>	<b>Nº de pacientes con: Esquizofrenia (S) , Grupo control (C).</b>	<b>Disfunción tiroidea en pacientes con : Varios Dx psiq. (P) Esquizofrenia (S) Control (C)</b>
Morley and Shafer 1982	USA	Total: 386 pacientes psiquiátricos  Esquizofrenia Paranoide: 24 Otra esquizofrenia : 28	FT3I elevado: S paranoide: 25% S otras: 7% , P(total):14% FT4I elevado: S paranoide: 21% S otras: 3% , P(total):7.5% Total alteraciones tiroideas : S paranoide:38% S otras:10% P(total):19%
Spratt et al. 1982	USA	Total: 645 pac. psiquiátricos agudos S: 258	T4 elevada: S:41% vs P:33% FT4I: S:21% vs P:18%
Othman et al 1994	Malasia	S:249 pacientes con esq. crónica (136 v, 113 m) C: 601 donantes sangre sanos (449 v,152 m)	Anticuerpos Tiroideos: Varones: S:14% vs C: 7% (s.) <b>Mujeres: S:28% vs C: 13% (s.)</b> TSH elevada: S :5% TSH baja: S: 17%
Sim et al. 2002	Singapur	S:189 pacientes con esq. crónica	Alteraciones en test función tiroidea: S: 36.4% Clínicamente eutiroideos: todos menos 1

FT3I: Índice Triiodotironina libre; FT4I: Índice Tiroxina libre; T3: Triiodotironina; T4: Tiroxina; TSH: Hormona estimuladora tiroides.

Extraído de revisión de Leucht S et al. "Physical illness and Schizophrenia. A review" 2007

Nicholson et al. (1976) encuentran hipotiroidismo presente en mujeres con trast. psiquiátrico no orgánico, lo que les lleva a recomendar en sus conclusiones que en ingresos por enfermedad mental de mujeres a partir de 40 años debe hacerse estudio de función tiroidea. Rwegellara y Mambwe en estudio realizado en 1977 encuentran asociación estadísticamente significativas entre enfermedad afectiva y psicosis paranoide e hipotiroidismo, considerando en sus conclusiones importante determinar que proporción de pacientes con depresión o paranoia tienen hipotiroidismo subclínico o borderline.

Chopra et al.,1990 estudia 84 nuevas hospitalizaciones consecutivas de pacientes psiquiátricos en un periodo de 12 semanas. Concluyen que la elevación en suero de T4 se asociaba con niveles normales o elevados en suero de TSH , solo un 1% de los casos tenía supresión de TSH . Lo que junto a los valores hallados de Ac Antitiroideos , según estos autores indicaría una anomalía central en el eje SNC-hipotalamotirotrópico.

De los pocos estudios que realizados *en pacientes con esquizofrenia* destacan : el realizado por Spratt et al. (1982), en el que miden la función tiroidea en 645 pacientes ingresados en una Unidad de Psiquiatría de Agudos. Encuentran que la Tiroxina estaba elevada en 33% (pacientes con esquizofrenia 41%) y FT4I estaba elevado en el 18% (pacientes con esquizofrenia 21%).

Othman et al., 1994, estudia alteraciones tiroideas en pacientes con *esquizofrenia crónica*. Concluyen que son raros los casos de manifestaciones clínicas de enfermedad tiroidea, sí encuentran diversas alteraciones en los test de función tiroidea en esquizofrenia crónica , concluyendo que en la mayor parte de estos pacientes no tiene relevancia clínica. Otro estudio en pacientes con esquizofrenia crónica lo realiza Sim et al. (2002) , encontrando una alta prevalencia de anormalidades en test de función tiroidea (36.4%), pero todos los pacientes excepto uno eran clínicamente eutiroideos.

*Los estudios que examinan solo pacientes con esquizofrenia* encuentran altas tasas de disfunción tiroidea. Muchos estudios no tienen grupo control y parte de ellos examinan muestras menores de 100 participantes. Todos los estudios encuentran valores alterados de hormona tiroidea, pero casos con manifestaciones clínicas tiroideas eran raros. La prevalencia estimada varía sustancialmente en número según el tipo de disfunción. Estas diferencias se explican por los diferentes diseños de los estudios y diferentes técnicas de laboratorio empleadas. Otras explicaciones posibles son que la mayor parte de los estudios investigan pacientes psiquiátricos agudos ingresados o que estas alteraciones pueden ser transitorias.

En España destaca el estudio realizado por Arce et al.(1999) en el que estudia 172 pacientes psiquiátricos con primera hospitalización. Encuentran que el 30.8% tienen alteración en niveles de hormonas tiroideas y el 5.2% tienen enfermedad tiroidea. Recomendando realizar estudio de función

tiroidea en pacientes psiquiátricos en la primera hospitalización en mujeres, pacientes con esquizofrenia y pacientes en tratamiento con litio.

Leucht et al. en su revisión encuentran solo dos autores que aportan datos solo sobre *cáncer de tiroides*, estos son Goldacre et al. y Barak et al. , ambos en 2005. No encontraron diferencia estadísticamente significativa entre pacientes con esquizofrenia y controles (Goldacre et al.: ratio ajustada de 0.66, para 95% intervalo confianza 0.08-2.44; Barak et al.: ratio incidencia estandarizada 1.02, para 95% intervalo confianza 0.3-.23)

#### **3.6.4.6 - Hiperprolactinemia**

La hiperprolactinemia es solo un valor de laboratorio, pero no una enfermedad comórbida en sentido estricto. Sin embargo la prolactina (PRL) tiene efectos en la lactancia, función gonadal, función sexual y conducta reproductiva e incluso en la osmoregulación y regulación del sistema inmune.

La hiperprolactinemia (niveles de PRL superiores a 20 microgramos/L) es considerada como un efecto secundario presente en la mayoría de pacientes tratados con NL típicos y en el caso de algunos atípicos , algunos autores lo consideran incluso un marcador de cumplimiento y respuesta terapéutica.

En mujeres los niveles están altos en la mitad y durante la segunda parte del ciclo menstrual. Incrementos transitorios de secreción de prolactina ocurren en respuesta a la comida, estrés y actividad sexual.

El control de su secreción es realizado a nivel hipotalámico a través de la vía dopaminérgica tuberoinfundibular, con un efecto inhibitor de la Prolactina (PRL) mediado por la dopamina. Cualquier alteración de las neuronas dopaminérgicas tuberoinfundibulares de la eminencia media media o de las neuronas D2 de la hipófisis anterior puede producir hiperprolactinemia.

Los efectos son diversos. A corto plazo la amenorrea, galactorrea, ginecomastia y disfunción sexual. A medio y largo plazo, la osteoporosis, que tiene que ver con la depleción de estrógenos secundaria, con una mayor pérdida de masa mineral y aumento del riesgo de fracturas patológicas. El aumento del riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, como el de mama (16% más de riesgo encuentran George y Arana en gran estudio retrospectivo realizado en EEUU), y de endometrio en mujeres premenopáusicas (5,4 veces mayor riesgo encuentran Wang y cols.,2002).

Ya han sido expuestas sus consecuencias en la mujer , tratando cada uno de ellas de forma individual al inicio de este apartado, salvo la osteoporosis que se analiza a continuación.

### 3.3.5 - ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

#### 3.3.5.1 - Diskinesia oral y Diskinesia tardía

Así como existe una amplia literatura respecto a los efectos secundarios de los tratamientos antipsicóticos, pocos artículos examinan la relación genero-específica en la Diskinesia tardía (DT) en la esquizofrenia.

Pryce y Edwards (1966) estudia 121 mujeres con esquizofrenia con prevalencia anormal de movimientos anormales asociados a tratamiento con fenotiacidas, destacando que la diskinesia oral observada en pacientes mujeres jóvenes estaría asociada con una alta dosis total del fármaco (Leucht, 2007).

En un estudio realizado por Zhang et al. (2009) en pacientes con esquizofrenia, de los que 352 eran mujeres y 170 hombres, encuentran diferencias de género en la prevalencia y riesgo de DT, con unas tasas general de 33.7% (OR 2.06; IC 1.23-3.16) y de 22.4% en mujeres.

### 3.6.6 - ENFERMEDADES ÓSEAS: OSTEOPOROSIS

La osteoporosis se define como una densidad mineral ósea (BMD) de más de 2.5 desviaciones estándar por debajo del valor medio de masa ósea en adultos jóvenes medido por densitometría.

La forma primaria más común es la post-menopáusica y la osteoporosis ligada a la edad. La forma secundaria más común es la inducida por fármacos (Hummer et al., 2005). El incremento de prolactina ligado a antipsicóticos es mencionado regularmente como un factor de riesgo de osteoporosis.

En mujeres la deficiencia de estrógenos ligada a la elevación crónica de prolactina reduce la densidad ósea. En varones, el hipogonadismo producido es también un factor de riesgo para osteoporosis. El déficit de testosterona está asociado con osteopenia, otros andrógenos pueden estar relacionados, pero la osteoporosis ha sido menos estudiada en hombres que en mujeres (Halbreich and Palmer 1996).

Estos autores sugieren que el descenso de BMD en pacientes con esquizofrenia tratados y no tratados puede ser atribuido a múltiples factores -incluida la medicación- y procesos: síntomas negativos, estilo de vida como sedentarismo y falta de ejercicio, hiperprolactinemia, hipogonadismo, actividad interleukina incrementada, polidipsia y balance líquido y electrolítico, abuso de alcohol y drogas, intenso tabaquismo, dieta vitamínica deficitaria, disminución exposición al sol.

Numerosos estudios han demostrado consistentemente que la pérdida de BMD es prevalente en la esquizofrenia. En la extensa revisión realizada por Leucht et al. en 2007 los autores destacan que en la mayor parte de estos las muestras analizadas son pequeñas. No se han hecho estudios basados en la población, para poder garantizar el impacto global de este fenómeno. Los hallazgos sin embargo recomiendan que se evalúe por el incremento del riesgo.

De los estudios incluidos en la amplia revisión sobre el tema realizada por Leucht et al. en 2007, en la siguiente tabla se recogen solo aquellos que están realizados en mujeres con esquizofrenia o incluían una submuestra suficiente de mujeres que permitió su estudio específicamente .

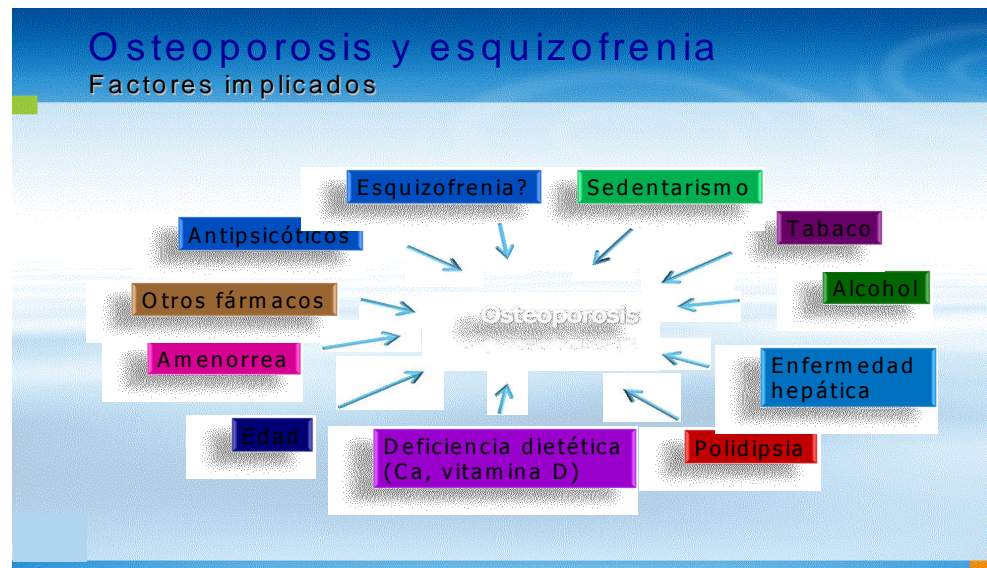
**Tabla 37:** ESTUDIOS SOBRE OSTEOPOROSIS (MEDIDA POR BMD) EN MUJERES CON ESQUIZOFRENIA

<b>Estudio</b>	<b>Población de estudio, N° de mujeres con Esquizofrenia (M),</b>	<b>Grupo control (C).</b>	<b>Conclusiones</b>
Bergemann et al. 2001	Mujeres con esquizofrenia M=69 premenopáusicas	Si	Alto turnover óseo , pero normal BMD espinal y cadera.
Zhang-Wong y Seeman 2002 (preliminar)	Mujeres con esquizofrenia en tratamiento Antipsic. M=45 premenopáusicas		Sin alteraciones menstruales en 27 mujeres tratadas. Objetivo reclutar 200 mujeres
Abraham et al. 2003	Pacientes con esquizofrenia M=14		Relación inversa entre niveles de prolactina y masa ósea
Kishimoto et al. 2005	Pacientes mujeres con esquizofrenia M= 133 (Entre 20 y 81 años)	Si M= 79	En todos los grupos de edad ,excepto en los 34 y 49 años, las pacientes tenían reducción significativa de BMD
O'Keane and Meaney (2005)	Mujeres con esquizofrenia premenopausicas M=26 con alta elevación prolactina x tto Antip. M=12 con elevación prolactina x tto con Olanzapina.		Altas tasas de baja BMD en grupo de elevada prolactina (65%) comparado con grupo Olanzapina.

Extraído de revisión de Leucht S et al. "Physical illness and Schizophrenia. A review" 2007


Autores como Bishop et al.(2004) han investigado cuando se realizó screening de osteoporosis, manejo preventivo y /o terapia farmacológica adecuada necesaria en grupos de mujeres con esquizofrenia y en mujeres sin esquizofrenia. Estos encuentran que las mujeres con esquizofrenia (n=46) a partir de 45 años no recibían cuidados para el mismo nivel de osteoporosis que las controles de la misma edad (n=46).

Zhang-Wong y Seeman (2002) presentan una lista de recomendaciones para la prevención de osteoporosis. Dickson y Glazer en 1999 sugerían que los pacientes con antipsicóticos tradicionales y tratados con risperidona debían ser monitorizados periódicamente para prevenir sus efectos óseos.



**GRÁFICO 5 :** extraído de Halbreich U. "Osteoporosis, Schizophrenia and Antipsychotics. The Need for a Comprehensive Multifactorial Evaluation". CNS Drugs 2007; 21 (8): 641-657. Lean M et al. Schizophrenia and osteoporosis. Int Clin Psychopharmacol 2004;19:31-35

#### **4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

 La revisión bibliográfica precedente deja patente la importante necesidad de que las investigaciones en esquizofrenia incluyan el estudio de las diferencias que presenta esta enfermedad en hombres y mujeres. Los estudios en este campo han adquirido notable relevancia por sus resultados y los hallazgos encontrados.

Las diferencias de género en la enfermedad mental constituyen un paradigma para la investigación en la interacción entre factores biológicos y psicosociales, no sólo en cuanto a mecanismos patogénicos sino también concernientes a aproximaciones terapéuticas. Una aproximación sensible al género en psiquiatría mejora nuestro entendimiento de la enfermedad mental y nuestras estrategias terapéuticas.

La Esquizofrenia es un trastorno que muestra una gran heterogeneidad en varias de sus características básicas. Fuertes diferencias de género en una enfermedad con tanta variabilidad puede tener importantes implicaciones en la investigación de la patofisiología y etiología de esta enfermedad.

Muchos son los autores que consideran que la mujer no está bien representada en la investigación en esquizofrenia, que se podría requerir un manejo específico de las enfermedades en la mujer y en concreto de las mujeres con esquizofrenia. Todas las revisiones al respecto concluyen que, para este mejor entendimiento del impacto de la esquizofrenia en la mujer, se requiere más investigación con una aproximación basada en el género, que también tendría implicaciones a nivel asistencial y terapéutico.

**El objetivo principal** de esta investigación ha sido el estudio del enfermar de la mujer, en concreto de Esquizofrenia a través de un estudio epidemiológico con una serie amplia de mujeres con esta enfermedad tratadas en la comunidad, focalizando el interés en sus características específicas epidemiológicas y en la evolución longitudinal de la enfermedad.

**La hipótesis fundamental** de trabajo ha sido la siguiente:

La Esquizofrenia en la mujer tiene unas características clínicas, sociodemográficas, psicológicas específicas y una evolución de la enfermedad diferente con necesidades específicas en su abordaje terapéutico que repercutirían en la planificación terapéutica y de los Servicios .

En relación a esta hipótesis general de trabajo, los objetivos concretos de esta investigación son los siguientes:

## **I- OBJETIVOS GENERALES**

**-Estudiar la naturaleza de la Esquizofrenia en la mujer.**

**-Determinar las características de las pacientes mujeres con esta enfermedad.**

## **II- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**1- Estudiar las características de las mujeres con esquizofrenia en una muestra de población clínica y comparar con los hallazgos de otros estudios.**

Estudiar las características de la esquizofrenia en la mujer en cuanto a los siguientes dominios:

- Subtipos de inicio y síntomas más frecuentes
- Distribución de inicio a lo largo de la vida
- Factores de riesgo genéticos (antecedentes), pre y perinatales.
- Curso y hospitalizaciones
- Tratamientos y cuidados recibidos (incorporación a Programas de Rehabilitación y recursos sociosanitarios)

**2- Definir las características y el perfil sociodemográfico y clínico de estas mujeres con Esquizofrenia.**

Estudio de las principales variables sociodemográficas y clínicas (de forma específica la edad de inicio, n° de ingresos, evolución de la enfermedad)

**3- Estudio de la variabilidad diagnóstica encontrada a lo largo de la evolución de la enfermedad.**

**4- Estudiar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos principales encontrados:**

- Entre las mujeres con Esquizofrenia que abandonaron precozmente el tratamiento y las que lo han mantenido regularmente en el Centro de Salud Mental.
- Entre las mujeres con inicio precoz de la enfermedad y el subgrupo de inicio tardío.



**5- Estudiar el estado de salud , enfermedades físicas que presentan las mujeres con Esquizofrenia (Comorbilidad somática asociada)**

- Ginecológicas, Cardiovasculares y otras (cáncer).
- Estudiar si hay diferencias en la frecuencia de padecer enfermedades orgánicas antes y después de la Menopausia.

**6- Estudio de la fertilidad , embarazos y partos en este grupo de mujeres con Esquizofrenia**

- N° de embarazos y partos
- Tratamientos recibidos durante estos
- Si existen diferencias en las características sociodemográficas y clínicas de la enfermedad entre el grupo de mujeres que tienen hijos y las nulíparas.

**7- Estudiar las características del tratamiento recibido a nivel ambulatorio**

- Asociación de Psicofármacos
- Distintos profesionales que intervienen en el abordaje del caso
- Tratamiento y recursos de rehabilitación

**8- Evolución y curso a largo plazo de la Esquizofrenia en la mujer**

- N° de intentos de suicidio y de suicidios consumados
- Heteroagresividad
- Ingresos en recursos residenciales

**9- Estudiar que tipo de necesidades específicas tienen estas pacientes diferentes a las de los otros pacientes con Esquizofrenia .**

Si ello fuera así valoración de su posible repercusión en la planificación de los recursos asistenciales .

**10- Investigar si tienen problemas legales o judiciales específicos las mujeres con Esquizofrenia**

- Si son relativos al cuidado de familiares a su cargo como hijos menores, familiares enfermos , padres ancianos o de otro tipo.
- N° de Incapacidades civiles

**11- Estudio del papel de los Acontecimientos vitales como factores de riesgo al inicio de la enfermedad y en las recaídas.**

**12- Investigar si se recogen en la Hª Clínica datos importantes específicos relativos a la historia ginecológica, grado de minusvalía, competencia, o los valores más importantes/prioritarios para la paciente, de cara a la posible toma de decisiones futuras que puedan conllevar conflictos bioéticos.**



## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1 LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

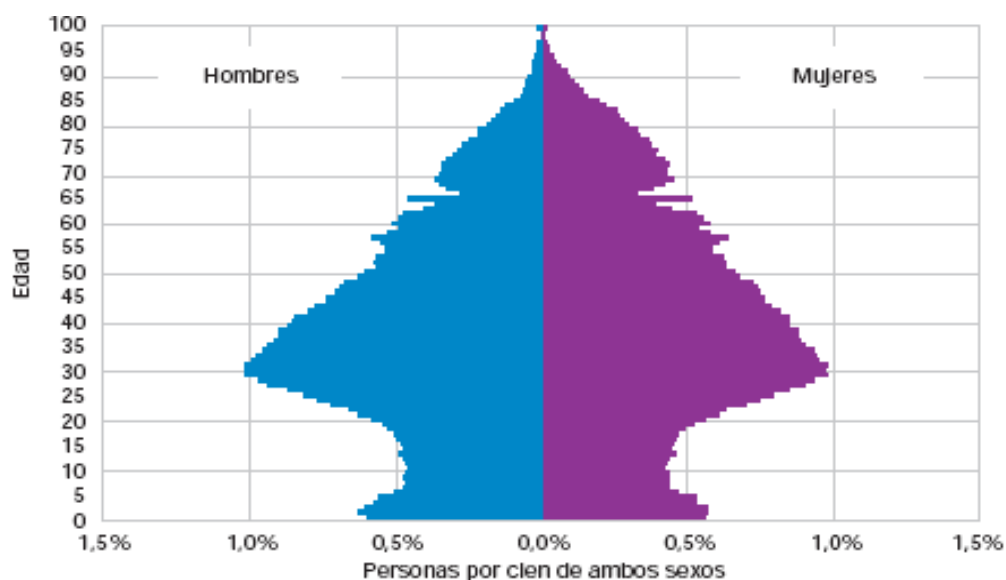
El trabajo se ha realizado en el ámbito de la Sanidad Pública –que en Madrid está a cargo del SERMAS- centrándose en el distrito sanitario de Alcobendas, situado en la zona norte de la Comunidad de Madrid, perteneciente al Área Sanitaria V.

#### 5.1.1 La zona y su población

##### *-La Comunidad de Madrid*

La Comunidad de Madrid contaba a 1 de enero de 2006 (año en que finaliza periodo de tiempo revisado en el estudio) con 6.008.913 personas empadronadas (el 13,4% del total de la población española). Las distintas Zonas Básicas de Salud han tenido tasas de crecimiento desiguales en los últimos diez años, por lo que la población se reparte irregularmente en los distritos.

**Gráfico 6:** Pirámide de población madrileña a 1 de enero de 2006



Fuente: Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

Son de destacar: el mayor peso de las mujeres a edades avanzadas, como consecuencia de su más alta esperanza de vida; el profundo descenso de la fecundidad posterior al año 1975, que se refleja en el fuerte estrechamiento de las edades entre 5 y 25 años; y el ensanchamiento de la base por el aumento de nacimientos de madre no española.

La distribución de la población en la Comunidad de Madrid en función del sexo es la siguiente:

**Tabla 38: Cifras de población referidas al 01/01/2006 por comunidades autónomas y sexo. Datos de la CAM. Real Decreto 1627/2006, de 29 de diciembre.**

	Mujeres	Hombres	Ambos sexos
Madrid (Comunidad de )	3.099.529	2.908.654	6.008.183

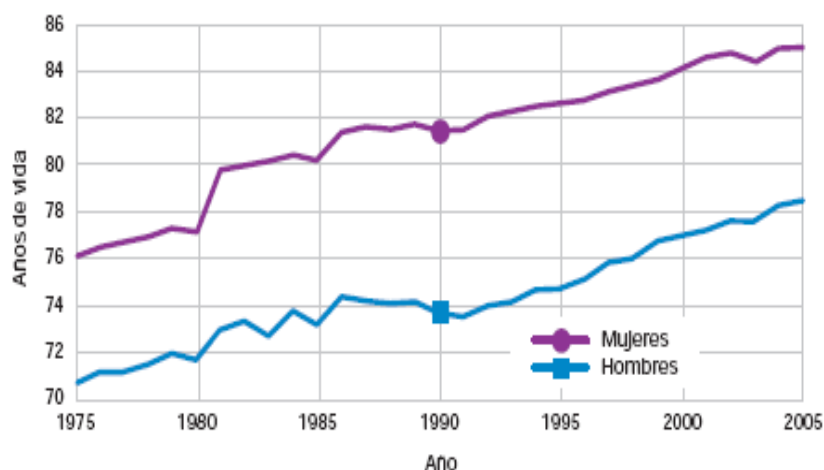
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Por zonas sanitarias, el Área 5 de Salud (de la que forma parte el Distrito de Alcobendas, hasta el Decreto de Área Única) tiene una estructura muy semejante a la del conjunto de Madrid. La población de la amplia zona rural atendida (zona sierra norte de Madrid) se caracteriza por un alto grado de envejecimiento (Informe del Estado de Salud de la CAM. 2007. INE).

A continuación se exponen los datos de la Comunidad de Madrid por sexo que son importantes para definir las características de esta población, a la que pertenece nuestro Distrito, o que han sido objeto de estudio específicamente en nuestra muestra, y que en la discusión de los resultados se van a mencionar y se compararán con los encontrados. Todos estos datos están referidos al año 2005, última fecha recogida en el Informe del Estado de Salud de la CAM 2007, realizado por el INE, que es la más cercana al año de cierre de este estudio.

*La esperanza de vida* al nacer en la CAM es de 81,9 años, siendo de 78,4 en hombres y de 84,9 en las mujeres. A pesar de la leve reducción de la diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres que se ha producido en los últimos años, las condiciones de mortalidad de éstas siguen siendo más favorables que las de los varones (Instituto de Estadística de la CAM. Consejería de Sanidad y Consumo).

**Gráfico 7 : Comunidad de Madrid. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Años 1975 a 2005.**



Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid y Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

La mortalidad por causa de defunción en la Comunidad de Madrid por sexos en el año 2005, según grandes grupos de la CIE-10, son en los varones los tumores en primer lugar (33,4%) por delante de las circulatorias (24,6%), al contrario que en las mujeres (23,1% y 33,2% respectivamente). Con menor peso que las anteriores, las mujeres tienen una proporción mayor que los hombres en defunciones por enfermedades del sistema nervioso, trastornos mentales y por enfermedades osteomioarticulares, mientras que los hombres tienen un porcentaje mayor de muertes por causas externas y enfermedades infecciosas.

Una vez ajustadas por edad, las tasas de mortalidad por tumores pasan a ser las más altas en ambos sexos, seguidas de las del sistema circulatorio y respiratorio (Informe del Estado de Salud de la CAM. 2007. INE).

La Comunidad de Madrid en su conjunto muestra cifras de mortalidad inferiores a las observadas para España. La mortalidad por Zonas Básicas de Salud (ZBS) no se distribuye aleatoriamente sino que afecta predominantemente a determinados Distritos. Para todas las causas, en los hombres, las ZBS con mortalidad más alta se concentran en los Distritos de Vallecas, Centro y Villaverde. Por el contrario en las mujeres se da en otros municipios, que tienden a estar localizados en la zona sur –este de la región.

**Tabla 39: Comunidad de Madrid. Defunciones por sexo y grandes grupos de causas. Año 2005. Extracto diez causas más frecuentes:**

<b>Causas defunción</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Tumores	28,3%	33,4%	<b>23,1%</b>
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,2%	1,7%	<b>2,7%</b>
Trastornos mentales y del comportamiento	2,4%	1,4%	<b>3,5%</b>
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	3,9%	2,9%	<b>4,9%</b>
Enfermedades del sistema circulatorio	28,9%	24,6%	<b>33,2%</b>
Enfermedades del sistema respiratorio	15,2%	16,0%	<b>14,5%</b>
Enfermedades del sistema digestivo	5,2%	5,3%	<b>5,1%</b>
Enfermedades del sistema genitourinario	2,6%	2,4%	<b>2,8%</b>
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3,9%	4,0%	<b>3,7%</b>
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	3,6%	4,7%	<b>2,5%</b>

Fuente: Informe del Estado de Salud de la CAM. 2007. INE.

**Tabla 40: Comunidad de Madrid. Principales causas de defunción (lista reducida CIE-10) por Áreas de Salud. Area V. Periodo 2000-06**

<b>Área 5</b>	<b>Defunciones (nº absoluto)</b>	<b>Mortalidad proporcional (sobre el total de muertes)</b>	<b>Índice de mortalidad estándar</b>
1 Enf. cerebrovasculares	1.707	7,2%	<b>1,01</b>
2 IAM	1.469	6,2%	<b>0,99</b>
3 Otras enf. Del sistema respiratorio	1.203	5,1%	<b>0,93</b>
4 Insuficiencia cardiaca	1.200	5,1%	<b>0,93</b>
5 Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	1.177	5,0%	<b>0,91</b>

Fuente: Informe del Estado de Salud de la CAM. 2007. INE.

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la Comunidad de Madrid, con un claro predominio del componente de discapacidad sobre el de mortalidad. La mortalidad en este grupo de enfermedades se produce fundamentalmente por enfermedades degenerativas del sistema nervioso central que afectan a personas de edad avanzada, mientras las enfermedades propiamente psiquiátricas generan mortalidad principalmente por suicidio: las tasas más altas se dan en mayores de 75 años pero su importancia relativa es muy grande en jóvenes, entre quienes constituye la segunda causa de muerte tras los accidentes de tráfico.

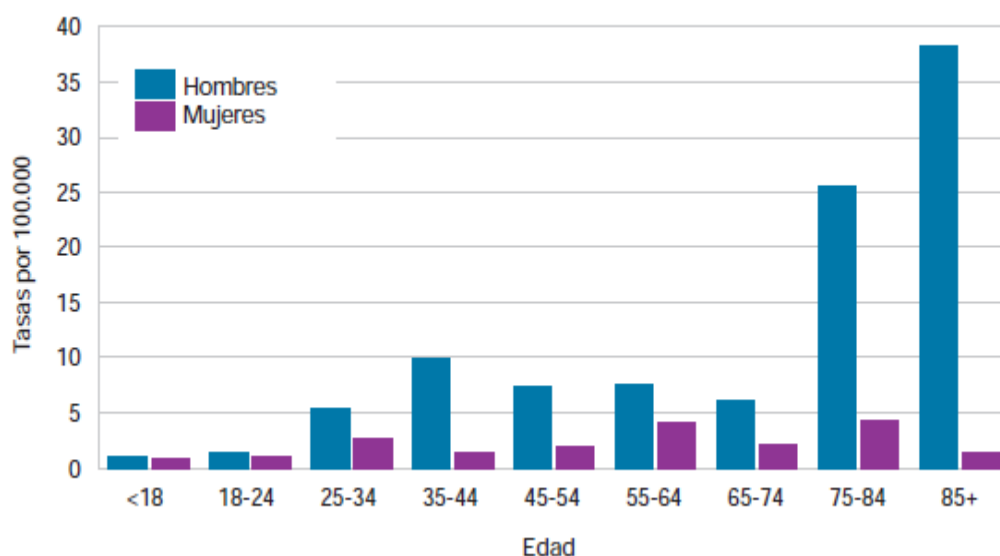
En cuanto a *la mortalidad por suicidio*, los datos epidemiológicos para la Comunidad de Madrid señalan que la tasa de mortalidad es menor que en España y en Europa. En la Comunidad de Madrid se produjeron 190 muertes por suicidio en hombres y 65 en mujeres en el año 2005, lo que supone una tasa por 100 mil habitantes de 6,6 en hombres y 2,1 en mujeres. La mortalidad por suicidio es casi 3 veces superior en hombres que en mujeres.

El método más frecuente es el ahorcamiento en los hombres y en mujeres el saltar desde altura.

Los grupos de edad donde las tasas son más altas son los mayores de 65 años, aunque la importancia relativa de la muerte por suicidio es mayor en jóvenes, causando el 8,5% de todas las muertes en hombres entre 15 y 34 años de edad y el 9,5% en mujeres.

Destaca que en la mujer se produce la máxima mortalidad por suicidio entre los 75-84 años, seguida de la década de los 55-64, estando a partir de los 25 años en todos los grupos de edad muy por debajo de la mortalidad por suicidio en los hombres.

**Gráfico 8 : Comunidad de Madrid. Tasas específicas de mortalidad por suicidio, por edad y sexo. Año 2005.**



Extraído : Informe Estado de Salud de la Población. CAM. 2007

En cuanto al *número de intentos de suicidio* que requirieron ingreso hospitalario, se registraron 793 casos, de los cuales el 40 % se dieron en hombres y el 60% en mujeres- la tasa de frecuentación fue de 10,9 casos por 100 mil habitantes en hombres y 15,6 en mujeres. La media de edad fue de 42,3 años en los hombres y de 38,6 en las mujeres.

Por diagnósticos el mayor porcentaje de intentos de suicidio que requirieron hospitalización corresponde a Psicosis (el 32,5%), tal y como queda recogido en la siguiente tabla:

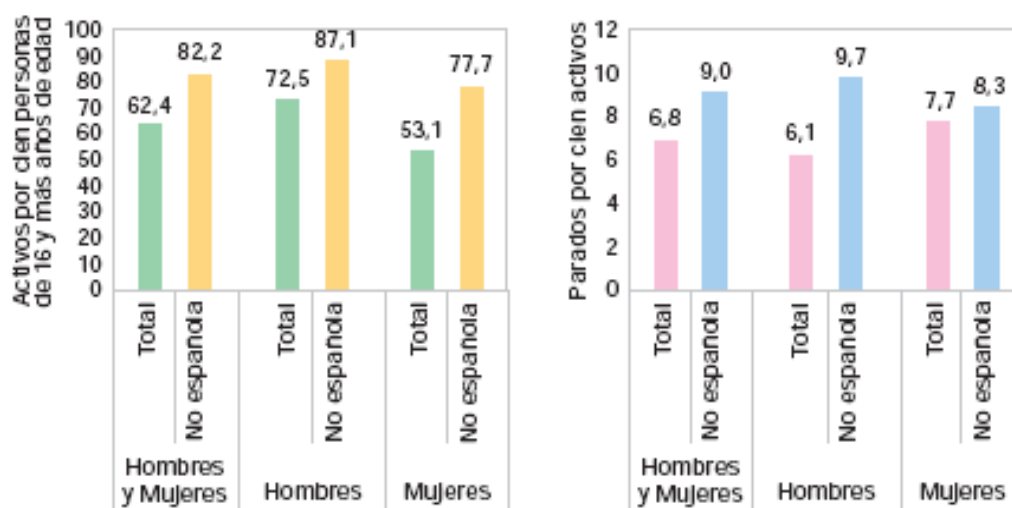
**Tabla 41 : Comunidad de Madrid. Casos de intento de suicidio que necesitaron hospitalización con una patología mental como diagnóstico principal. Año 2005**

Diagnóstico principal (CIE-9-MC)		
	Casos	%
Psicosis (295-298)	40	32,5
Trastornos neuróticos (300)	15	12,2
Trastornos de la personalidad (301)	29	23,6
Abuso sustancias (303 y 305)	12	9,8
Trastornos adaptativos y otras depresiones (309 y 311)	26	21,1
Otros	1	0,8
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>

Extraído : Informe Estado de Salud de la Población. CAM. 2007

Las tasas de actividad (o proporciones de activos) estimadas a partir de la Encuesta de Población Activa (EPA) son claramente menores en las mujeres, tanto españolas como no españolas, que en el total de población de Madrid y que en los hombres . El número de parados por cada cien activos es también más elevado en las mujeres de nacionalidad española que en el total de la población y que los hombres españoles . No ocurre lo mismo con las mujeres de nacionalidad no española que tienen menor tasa de paro que los hombres de su mismo grupo (no españoles).

**Gráfico 9: Comunidad de Madrid. Tasas de actividad económica y proporción de parados por sexo y nacionalidad. EPA, 2006.**



Fuente: Encuesta de Población Activa, INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería Sanidad y Consumo.

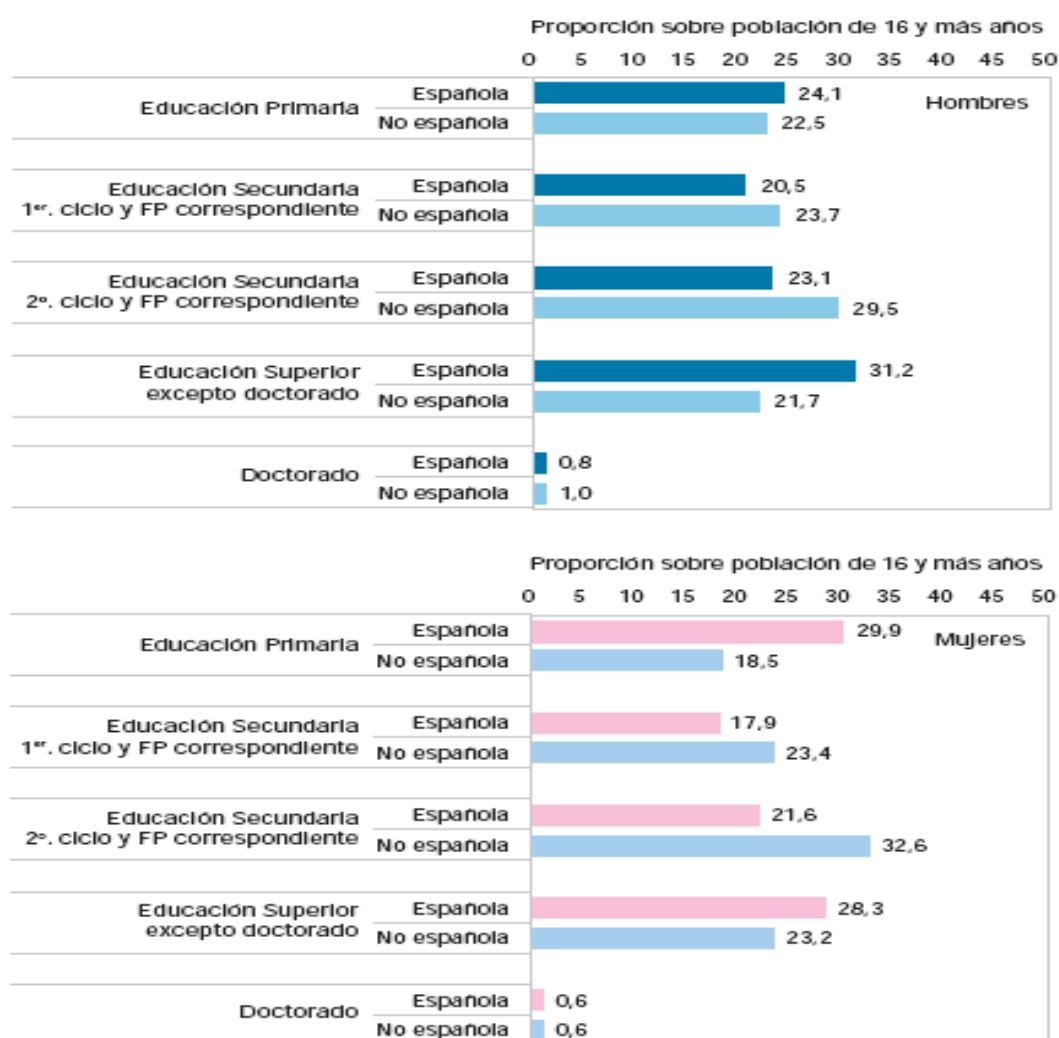


El trabajo en el sector servicios es ampliamente mayoritario entre las mujeres , siendo algo mayor entre las mujeres extranjeras que trabajan en Madrid (95,4% en estas frente al 90,1 ) según datos de la Encuesta de Población Activa, INE.

En cuanto al *nivel educativo*, en la población de nacionalidad española de la CAM es mayor el porcentaje con estudios primarios y con estudios superiores (debe tenerse en cuenta, no obstante, que estos indicadores se refieren a la población de 16 y más años en su conjunto, por lo que se ven afectados por la distinta estructura por edades de la población y nacionalidad) .

Destaca que las mujeres (de nacionalidad española) tienen un menor grado de formación que los hombres, siendo el porcentaje de mujeres con estudios primarios del 29,9% frente al 24,1% en hombres, que tienen en mayor porcentaje que las mujeres educación secundaria, formación profesional y estudios superiores.

**Gráfico 10: Comunidad de Madrid. Población de 16 y más años por sexo, nacionalidad y nivel de formación. EPA, 2005.**



Fuente: Encuesta de Población Activa, INE. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

*La fecundidad* en la Comunidad de Madrid ha experimentado cambios desde los años 80, siendo el número medio de hijos por mujer en 2005 de 1,31. Dos son las características que la definen: la alta proporción de hijos de bajo número de orden y el creciente peso de las madres por encima de los treinta años. Estas dos características de la fecundidad madrileña actual son el reflejo del retraso del calendario reproductivo y explica la alta edad media de la maternidad actual.

Desde el año 87 en que un 17,7 por ciento de los niños nacidos en la CAM eran el tercer o posterior hijo de esa mujer, el peso de los primeros hijos sobre el total de nacimientos ha aumentado hasta el 54,3% del total. En el 1987 los nacidos de madre de más de 35 años eran el 12% del total, en el 2006 es de casi un 23%.

Las mujeres de menos de treinta años son las que han registrado unos mayores descensos de sus tasas de fecundidad. El grupo de edad de 25 a 29 años, que tradicionalmente había sido el más fecundo, dejó de serlo a principios de los años noventa en favor del grupo 30-34, con tendencia al alza desde mediados de los ochenta. Se aprecia, no obstante, una cierta alza en los últimos años de las tasas de fecundidad en las mujeres jóvenes (20-24), resultado principalmente del aumento de los nacimientos de madre no española.

Por Áreas de Salud, el Área 5 está por encima de la media madrileña en nº de nacidos vivos con 8.234, representando el 11,9 % del total de la CAM. (entre el 13,9% como máximo del área 11 y el mínimo 5,7% del área 10). Respecto del nº medio de hijos por mujer está por debajo de la media madrileña (al ser de 1,30). Las edades medias de la maternidad son en todos los casos muy altas, por encima de los treinta años, siendo en el conjunto de la CAM de 31,8 años.

En cuanto a tasas específicas de fecundidad por edad, el área 5 se comporta de forma muy semejante al promedio de la Comunidad. Si su número de hijos por mujer es, como se ha comentado, un poco menor al del conjunto de Madrid, es por su algo más baja fecundidad en las mujeres menores de 30 años.

Respecto de las *personas que han acudido a Atención Primaria* en la Comunidad de Madrid, en 2005 consta registro de 3.756.922 personas, lo que supone un 62,9% del total de la población. Correspondiendo del total de personas que acudieron (427.559) el 58,3% a hombres y un 67,1 % a mujeres.

**Tabla 42: Personas que han acudido a Atención Primaria, según Área de Salud y sexo : Extracto de Area 5. Porcentajes brutos y estandarizados por edad \*. Comunidad de Madrid, 2005-2006.**

	Hombres			Mujeres			Total		
	N	%	%*	N	%	%*	N	%	%*
<b>AREA 5</b>	188.625	54,5	56,5	238.934	63,4	64,2	427.559	59,1	60,5
<b>TOTAL AREAS</b>	1.674.736	58,3	60,6	2.082.186	67,1	68,1	3.756.922	62,9	68,8

\* Porcentaje estandarizado por edad.

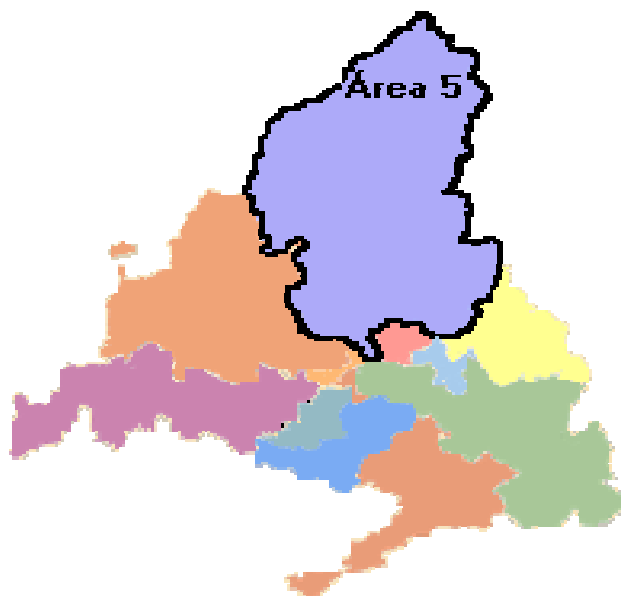
Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

### **- Distrito de Alcobendas**

La asistencia en Salud Mental está sectorizada, de acuerdo a la zonificación sanitaria general de la CAM , en zonas básicas de salud (ZBS), Distritos y hasta el reciente Decreto de Área Única, en Áreas de Salud.

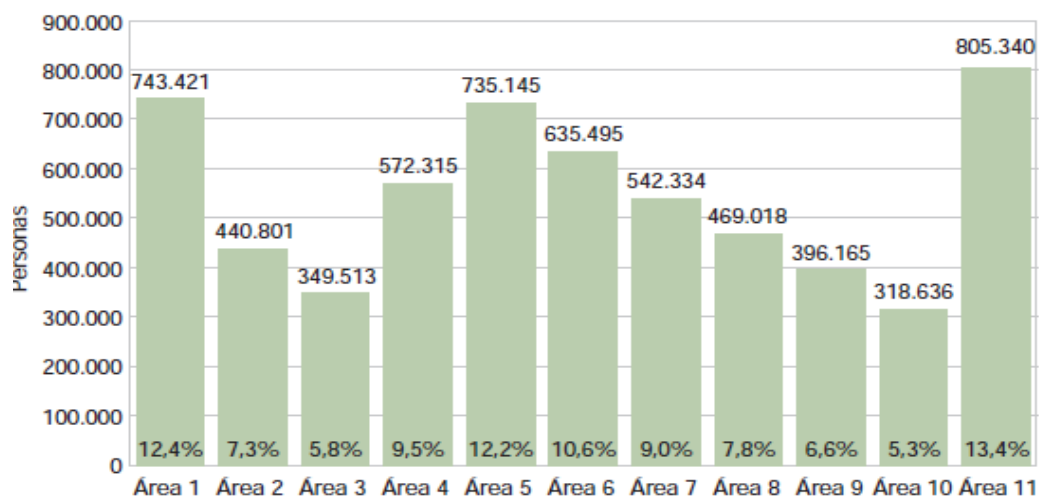
*El Área 5* es una de las 11 áreas sanitarias en que se distribuye la asistencia en Salud Mental de Madrid. Cada área de salud está formada por Distritos, siendo Alcobendas uno de los cuatro distritos que constituyen el Área 5 junto con Fuencarral, Tetuán y Colmenar Viejo.

**IMAGEN I : MAPA SANITARIO CAM (hasta Decreto de Área Única)**



La población del Área 5 es de 735.145 , que supone un 12,2% del total de Comunidad de Madrid.

**Gráfico 11: Comunidad de Madrid. Población por Áreas de Salud a 1 de enero de 2006. Padrón continuo.**



Fuente: Informe del Estado de Salud de la CAM. 2007 .Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo

El Hospital de referencia para la población del Distrito es el H. Infanta Sofía desde el año 2008 fecha de su apertura, previamente, y durante el periodo de tiempo estudiado, el Hospital de referencia era el H. Universitario de La Paz. En cuanto a la Hospitalización Psiquiátrica, esta se realizaba en las Unidades de Agudos del H.U. La Paz, y en menor medida, como unidad de apoyo , en el H. Psiquiátrico Rodríguez Lafora. Desde la apertura progresiva del nuevo Hospital Infanta Sofía los ingresos se realizan fundamentalmente en la UHB de éste.

#### IMAGEN II: ZONA NORTE DE MADRID : ZONAS BÁSICAS Y HOSPITALES



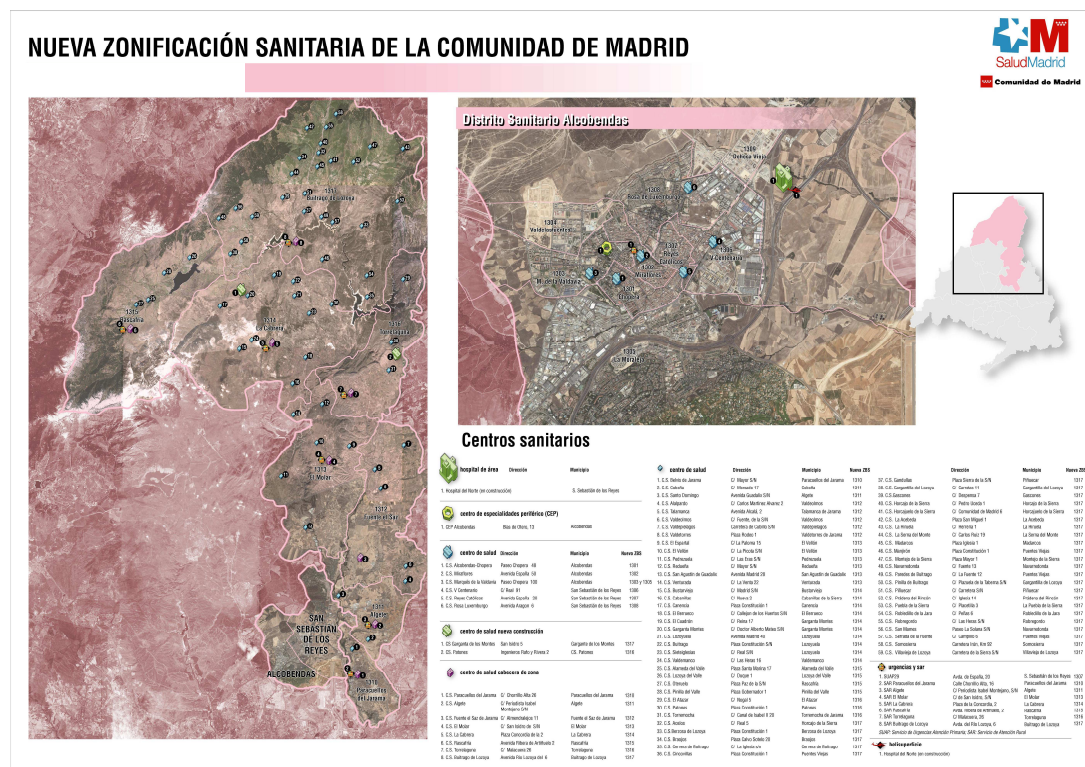
La distribución de la población por distritos y edad, según los datos disponibles del último padrón, es mostrada en la siguiente tabla :

**Tabla 43: Población por distritos sanitarios y edad. Area V (Padrón 2005)**

DISTRITOS	NIÑOS-ADOLESCENT. (0-17 AÑOS)	ADULTOS (> 18 AÑOS)	TOTAL
FUENCARRAL	43.556	173.085	216.641
ALCOBENDAS	68.060	209.394	277.454
COLMENAR	31.610	83.279	114.889
TETUÁN	26.061	129.892	155.953

**El Distrito de Alcobendas** comprende el mayor volumen de población de los cuatro que formaban parte del Área 5, ya que incluye a la población de Alcobendas, San Sebastián de los Reyes y una amplia zona rural de la Sierra Norte de la CAM, está integrado por 56 municipios que incluye las Zonas Básicas de Salud de Algete, La Cabrera, Paracuellos del Jarama, El Molar, Buitrago de Lozoya y Rascafría. Esta zona rural viene experimentando un gran crecimiento y expansión urbanística en los últimos años.

### IMAGEN III: DISTRITO DE ALCOBENDAS SEGÚN ACTUAL ZONIFICACIÓN



La población total del distrito por edad, según los datos disponibles del padrón del 2005, es mostrada en la siguiente tabla

**Tabla 44: Distrito Alcobendas distribución población total por edad (padrón 2005)**

EDAD	0-17 años	18-64 años	65 o más años	TOTAL
POBLACIÓN (nº hab.)	68.060	184.918	24.476	277.454

El volumen de población de este Distrito sanitario asciende a 277.454 hab. según datos del padrón del 2005. Pero más que el número de habitantes censados lo que realmente se corresponde con la población a atender son las **Tarjetas Sanitarias Individualizadas (T.S.I.) existentes**, siendo en la fecha de realización del estudio de 265.892 Tarjetas Sanitarias Individualizadas las asignadas a los Servicios de Salud Mental de Distrito, según datos proporcionados por la Dirección Médica de A.P. (Gerencia de A.P. Área 5). La distribución de la población a atender (Nº de T.S.I.) por zonas y edad en el año 2006, fecha de realización del estudio, es la mostrada en la siguiente tabla:

**Tabla 45: Datos T.S.I. Distrito Alcobendas (Fuente: Gerencia A.P. Area 5)**

Centro de Salud	zona	Menor 18	Mayor 18	Total Jun/06
Chopera I	31	2.181	11.113	13.294
Chopera II	32	2.981	15.465	18.446
Miraflores	33	3.612	19.432	23.044
Valdavia	34	6.444	22.374	28.818
Moraleja	35	3.985	14.277	18.262
<b>ALCOBENDAS</b>		<b>19.203</b>	<b>82.661</b>	<b>101.864</b>
V Centenario	41	4.493	19.718	24.211
Reyes Católicos	42	2.872	16.157	19.029
Rosa de Luxemburgo	43	6.038	21.680	27.718
<b>S.S. DE LOS REYES</b>		<b>13.403</b>	<b>57.555</b>	<b>70.958</b>
Algete	61	8.518	27.877	36.395
Paracuellos	62	4.272	14.665	18.937
El Molar	64	4.213	14.046	18.259
La Cabrera	65	1.295	6.034	7.329
Torrelaguna	66	853	4.041	4.894
Buitrago de Lozoya	67	772	4.083	4.855
Rascafría	68	434	1.967	2.401
<b>ZONA RURAL</b>		<b>20.357</b>	<b>72.713</b>	<b>93.070</b>
<b>TOTAL T.S.I.</b>		<b>52.963</b>	<b>212.929</b>	<b>265.892</b>

Podemos agrupar estos datos según las tres zonas principales que conforman el Distrito, siendo estas Alcobendas, San Sebastián de los Reyes y la Zona Rural, lo que nos da una mejor idea de la distribución de la población a atender.

**Tabla 46: Distrito de Alcobendas distribución de T.S.I. por zonas y edad a fecha junio 2006. Fuente: Gerencia Área 5.**

<b>ZONA / MUNICIPIO</b>	<b>Menor 18 a</b>	<b>Mayores 18a</b>	<b>Total Junio/ 06</b>
<b>Alcobendas</b>	19.203	82.661	101.864
<b>S.S. de los Reyes</b>	13.403	57.555	70.958
<b>Zona Rural</b>	20.357	72.713	93.070
<b>TOTAL</b>	<b>52.963</b>	<b>212.929</b>	<b>265.892</b>

La franja de población seleccionada es la mayor de 18 años, al ser la población adulta a partir de esta edad la atendida en el Centro de Salud Mental del Distrito objeto del estudio.

### **5.1.2 La Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid**

La red de recursos de atención a la Salud Mental incluye a todos los dispositivos asistenciales, independientemente de su proveedor de servicios. Forman parte de una red integrada, de modo que se puedan llevar a cabo los mecanismos de coordinación que faciliten los flujos de pacientes entre las distintas unidades y programas, tanto los ambulatorios como los de hospitalización.

La entrada de los pacientes en el circuito asistencial se produce normalmente a través del nivel de atención primaria.

Los dispositivos asistenciales de psiquiatría y salud mental se estructuran en dos niveles:

**· UNIDAD ASISTENCIAL:**

- ☐ Servicios de Salud Mental ambulatorios
- ☐ Unidades de Hospitalización Breve de adultos
- ☐ Hospital de Día de adultos
- ☐ Urgencias psiquiátricas

Las Unidades Asistenciales donde se encuentran los nuevos hospitales tienen adscritos los Servicios de Salud Mental de distrito de su territorio de referencia.

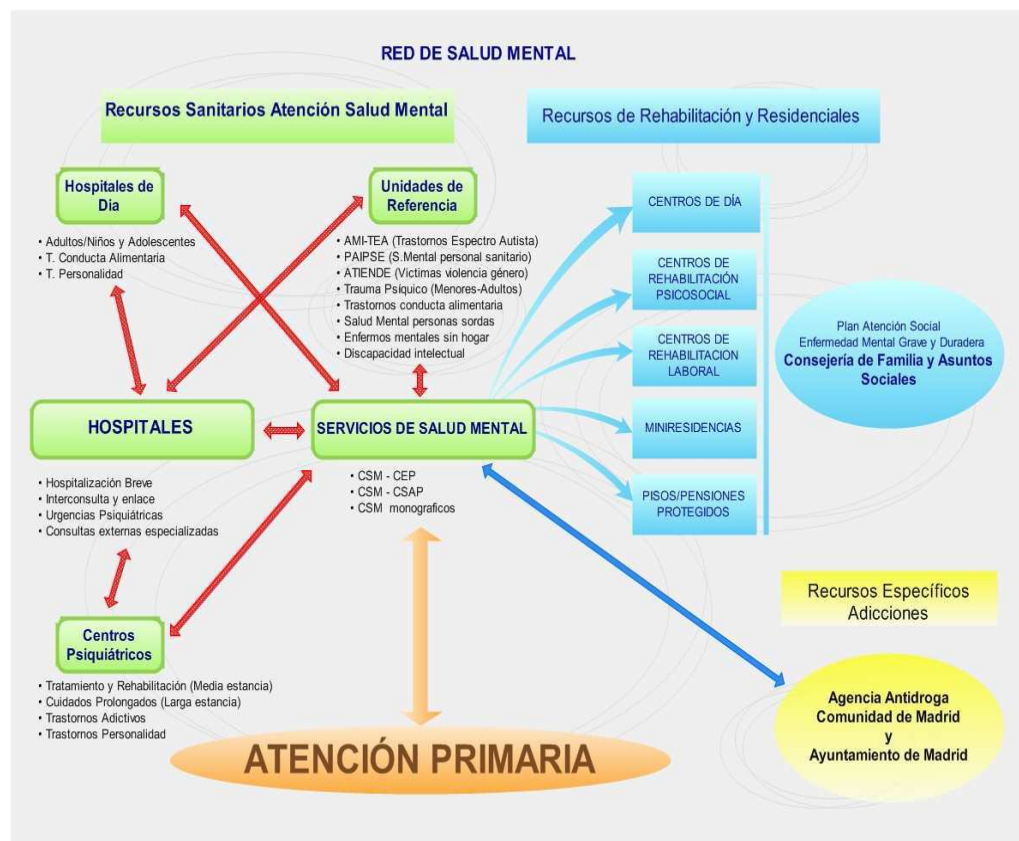


· **COMPARTIDOS POR VARIAS UNIDADES ASISTENCIALES:**

- Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (Media Estancia)
- Unidades hospitalarias residenciales de Cuidados Prolongados (Larga Estancia)
- Unidades específicas de hospitalización (parcial o completa)
- Unidades ambulatorias de referencia : Discapacidad intelectual, Enfermos mentales sin hogar, Sordera y Salud Mental, Programa ATIENDE, Clínicas T.C.A.

La red de recursos sanitarios de Salud Mental se coordina a su vez, tanto con la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales a través de los Programas de Continuidad de Cuidados, como con los recursos específicos para el tratamiento de los trastornos adictivos de la Agencia Antidroga y del Instituto Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid.

De forma esquematizada, la compleja red de atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid queda representada en el **Gráfico 12**





Los datos sobre la asistencia en los Centros de Salud Mental que se comentan en este apartado se han extraído del *Informe del Estado de Salud de la CAM del año 2007*, elaborado con los datos facilitados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, a partir de los *registros de casos psiquiátricos (RCP)* de los Centros de Salud Mental pertenecientes a la sanidad pública de la Comunidad de Madrid, y que son enviados por los centros a la Oficina Regional donde se encuentra la base de datos acumulada desde 1986.

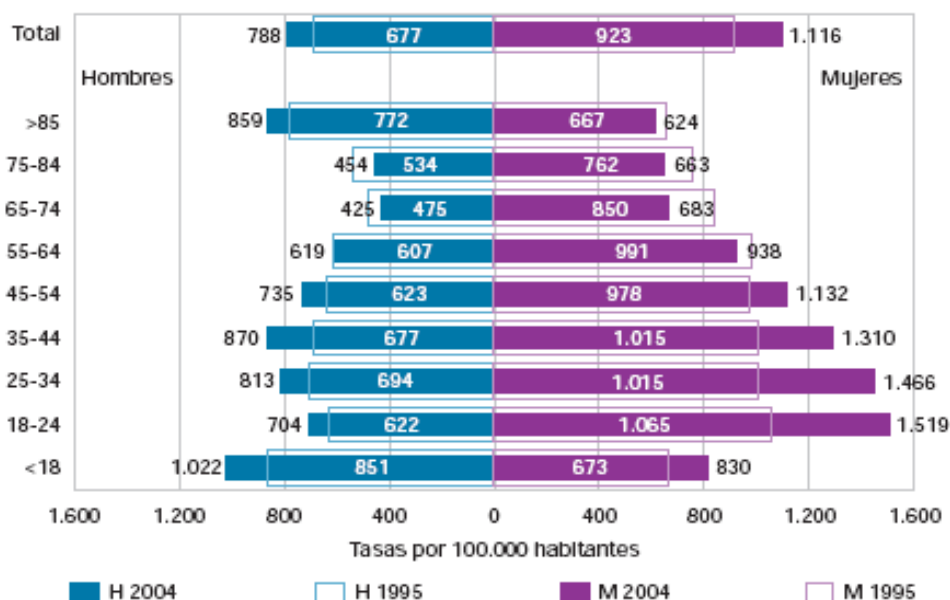
La población de referencia para el cálculo de las tasas procede del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Se analizan las asistencias por grupo de edad, sexo y diagnóstico (códigos CIE-9 OMS).

Se han recogido los datos que existen al respecto (año 1995 y 2004), lo cual da información sobre aspectos de la asistencia en los Centros de Salud Mental de la CAM y una visión de la evolución que la asistencia psiquiátrica ha sufrido en la Comunidad en una década.

En 1995 se registró una tasa de 805 casos nuevos por 100 mil habitantes y en 2004 la tasa ascendió a 958 casos nuevos por 100 mil.

La tasa global de casos psiquiátricos es mayor en mujeres (923 en 1995, 1.116 en 2004) que en hombres (677 en 1995 y 788 en 2004), aunque por edad en algunos grupos se invierte este orden. En hombres, los grupos en los que se dan las tasas más altas son los menores de 18 años y los mayores de 85, junto con el grupo de 35-44 años. Sin embargo, en las mujeres los grupos que tienen la tasa más alta y en los que se ha producido el incremento mayor es entre 18 y 44 años.

**Gráfico 13: Comunidad de Madrid. Tasas de casos nuevos de asistencia psiquiátrica en Centros de Salud Mental, por sexo y grupos de edad. Años 1995 y 2004.**



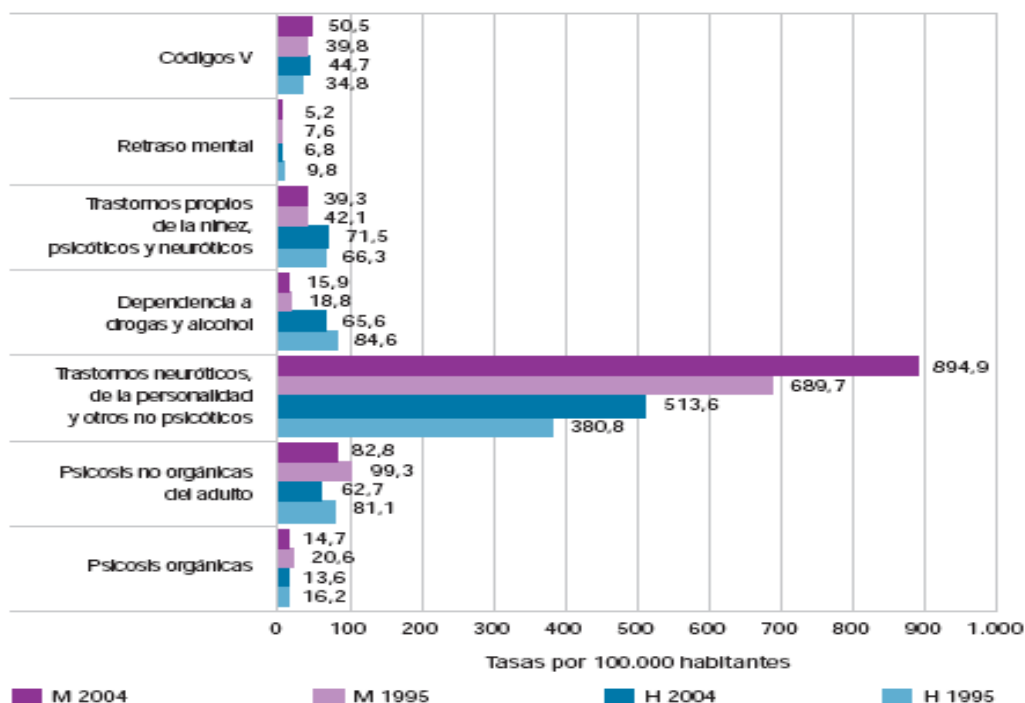
Extraído : Informe del Estado de Salud de la CAM .Año 2007

Fuente: Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid, y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

En la siguiente tabla se analizan los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Se han clasificado en siete categorías diagnósticas con la siguiente composición según códigos CIE-9:

- Psicosis orgánicas ( 290-294 )
- Psicosis no orgánicas del adulto ( 295-298 )
- Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros no psicóticos (300-302, 306-312, 316 )
- Dependencia a drogas y alcohol:(303-305)
- Trastornos propios de la niñez, psicóticos y neuróticos (299, 313-315)
- Retraso mental ( 317-319 )
- Códigos V: V40, V60-V62, V65, V71, V72, V77, V79.

**Gráfico14: Comunidad de Madrid. Tasas de casos nuevos psiquiátricos por sexo y categoría diagnóstica. Años 1995 y 2004.**



Extraído : Informe del Estado de Salud de la CAM .Año 2007

Fuente: Base de datos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid, y Padrón Continuo (IECM). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid.

En mujeres las tasas de casos nuevos correspondiente a la categoría diagnóstica de Psicosis no orgánicas del adulto (295-298), en el año 2004 es de 82,8 por 100 mil habitantes, y de 99,3 en el 1995, siendo en ambos casos superiores a las presentadas por los hombres (62,7 y 81,1 respectivamente).

En cuanto a la Asistencia ambulatoria realizada en todos los Centros de Salud Mental de la CAM , esta se realiza por un equipo multiprofesional.

Los últimos datos respecto a la asistencia prestada en la CAM , están recogidos y publicados en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, corresponden al año 2007.

En la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se encuentra centralizada la base de datos generada por todos los Centros de Salud Mental de Distrito. Esta base de datos , que constituye un sistema de información propio **Registro de Casos Psiquiátricos (RCP)**, acumulada desde 1986, permite conocer los principales indicadores de asistencia ambulatoria en Salud Mental .

En la Tabla siguiente aparecen los datos asistenciales básicos correspondientes al total de los Centros de Salud Mental de la CAM, así como los correspondientes al Área 5 y a nuestro Distrito :

**Tabla 47: Actividad registrada en Centros de Salud Mental (2007)**

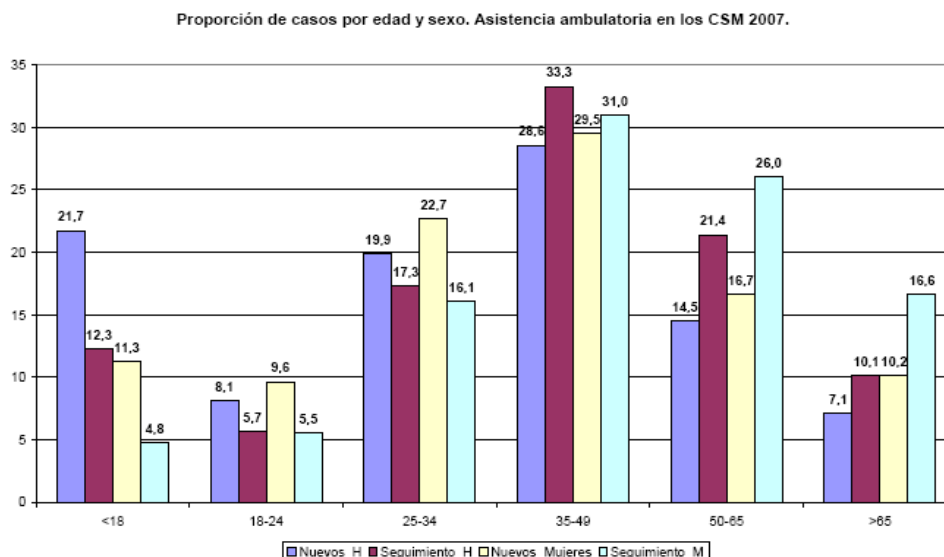
	Nº total personas atendidas en el CSM	Casos nuevos en el CSM (primera vez)	% sobre el total de personas atendidas	Con un contacto previo con el CSM	% sobre el total de personas atendidas	Nº total de asistencias programadas	Incluidas en Programa de Continuidad de Cuidados
<b>TOTAL COMUNIDAD DE MADRID</b>	159.881	58.340	36,49%	81.444	50,94%	886.421	<b>5.793</b>
<b>TOTAL AREA 5</b>	15.932	5.208	32,69%	10.724	67,31%	85.303	<b>ND</b>
<b>DISTRITO DE ALCOBENDAS</b>	<b>5.893</b>	<b>2.014</b>	<b>34,18%</b>	<b>3.879</b>	<b>65,82%</b>	<b>31.791</b>	<b>247</b>

Fuente: Plan estratégico de Salud Mental 2010-2014

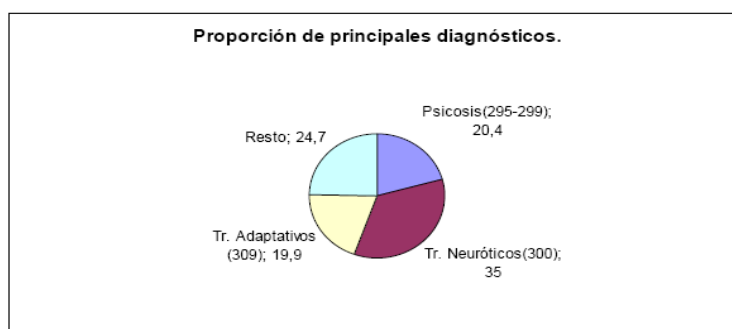
El principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es Atención Primaria, los datos epidemiológicos indican que el 80% de los pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria. En este nivel asistencial tienen una elevada prevalencia de problemas relacionados con la salud mental, que oscilan entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, de los cuales sólo alrededor del 10% son derivados.

El 60% de las asistencias realizadas en los Centros de Salud Mental se encuadran en el programa de adultos y el 15,6 % en el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados que atiende a las personas con Trastorno Mental Grave (Plan estratégico de Salud Mental 2010-2014)

En el siguiente gráfico se refleja la distribución por sexo y edad de los casos nuevos (primer contacto) y en seguimiento. **Gráfico 15 :**



En el gráfico inferior se representa la distribución porcentual de los principales grupos diagnósticos (Psicosis, Tr. Neuróticos, Tr. Adaptativos y Resto) en el total de los casos . Siendo la proporción de Psicosis (295-299) respecto al total de los principales diagnósticos ( CIE-9), del 20,4 %. **Gráfico 16:**



Fuente: Plan estratégico de Salud Mental 2010-2014

El dato estimativo de la cronicidad de los pacientes es su antigüedad en el sistema: el 36% del total de los casos atendidos en 2007 fueron nuevos, el 30,6% tuvieron entre 1 y 4 años de antigüedad, el 16% entre 5 y 9 años de antigüedad y el 17,3% más de 10 años.

La asistencia psiquiátrica se hace más compleja cuanto mayor es la gravedad de los casos. En este sentido, la esquizofrenia supuso en 2007 el 7,7% del total de los casos atendidos y consumió el 21% del total de las asistencias registradas.

### 5.1.3. Los Servicios de Salud Mental de Alcobendas

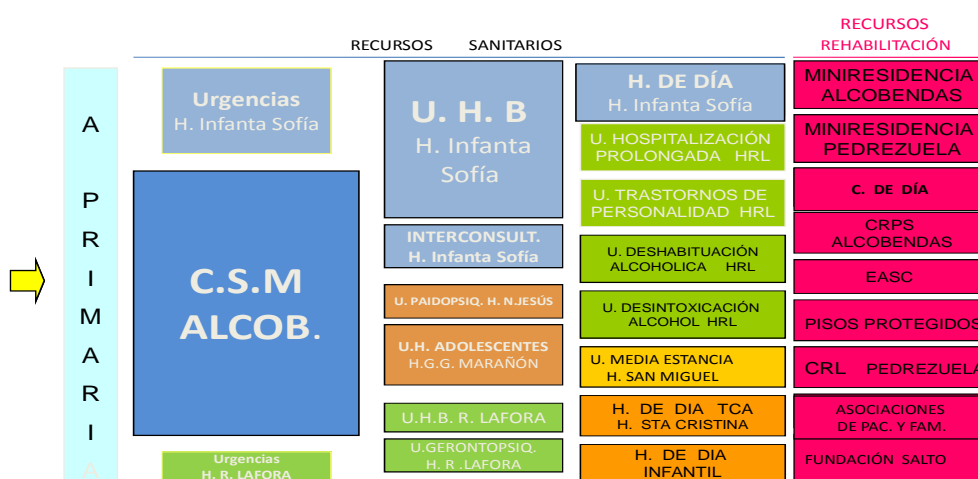
Se constituyen como *un servicio de atención ambulatoria especializada*, con responsabilidad asistencial territorializada, *que cubren la totalidad de las demandas de Salud mental del distrito, con integración de recursos*, lo que permite garantizar la continuidad de cuidados.

Comprende las prestaciones ambulatorias que van a permitir realizar una atención global, que considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad mental, realizando la atención dentro de su entorno. Engloba el conjunto de actividades que se desarrollan a nivel ambulatorio por los profesionales de Psiquiatría y Salud Mental, ubicados en el Centro de Salud Mental.

La composición de los Servicios de Salud Mental es multidisciplinar incluyendo Psiquiatras, Psicólogos, enfermería (DUEs, Aux. de Enfermería), Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales y personal Administrativo. Estos se organizan diferenciando diferentes niveles de responsabilidad profesional en el trabajo con los pacientes.

Los recursos psiquiátricos y de Salud Mental, forman parte de la *Red Integrada de Salud Mental*, de manera que aunque trabajen profesionales de las diferentes administraciones con competencias en S.M. y los recursos estructurales y de equipamiento puedan ser de titularidad de cualquiera de estas administraciones, los Servicios del Distrito estén integrados y coordinados entre sí, según se recoge en el **Gráfico 17:**

Gráfico : RED DE RECURSOS DE SALUD MENTAL  
DISTRITO DE ALCOBENDAS



■ Recursos dependientes del Plan Atención Social Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Familia y Asuntos Sociales (Rehabilitación y residenciales)

Los Servicios de atención Psiquiátrica y Salud Mental ambulatorios son los que soportan el tratamiento y seguimiento de la mayor parte de los pacientes atendidos en la Red de Salud Mental. Constituye por tanto la actividad asistencial más polivalente en sus objetivos y en las modalidades terapéuticas que ofrece, y es el eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales.

El ámbito de actuación de **los SSM de Distrito de Alcobendas** son todas las personas del distrito que demandan o precisan atención específica psiquiátrica o de Salud Mental. Su actividad como tal se inició en 1984, la dotación de personal ha ido creciendo paulatinamente hasta los 30 profesionales que lo integran en la actualidad, incluidos los que atienden a la totalidad de la población infantil y el personal administrativo. La población asignada actualmente es de 277.454 hab, con dos núcleos fundamentalmente urbanos (Alcobendas y S.S. de los Reyes) y con una amplia población rural de la Sierra Norte, hasta el límite de la Comunidad de Madrid con las provincias limítrofes, y los pueblos comprendidos hasta el corredor del Henares. Es de destacar la enorme expansión urbanística que ha experimentado en los últimos años.

La atención psiquiátrica en este Distrito se viene realizando en dos puntos de asistencia:

1.- En el Centro de Salud “REYES CATOLICOS”, situado en San Sebastián de los Reyes, cuya titularidad del edificio es de la Gerencia de A.P.

Se atiende el Programa Infanto-juvenil. Se encuentran aquí también ubicados los Terapeutas Ocupacionales y Talleres que constituyen un dispositivo propio del CSM.

2.- En el Centro de Salud “MIRAFLORES”, situado en Alcobendas. Dispone de una zona en la primera planta, junto a varios Equipos de Atención Primaria, cuya titularidad corresponde también a la Gerencia de A.P. Se atiende el Programa de Adultos, Rehabilitación, Psicogeriatría y Alcoholismo de todo el Distrito. En el C.S. MIRAFLORES, los profesionales están ubicados en dos alas diferentes del edificio, separadas arquitectónicamente.

En estos dispositivos se tratan los problemas de Salud Mental que requieren atención especializada mediante actividades terapéuticas que incluyen tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos y psicosociales. Además de la atención específica a los pacientes, que se estructura en programas evaluables, se realiza apoyo a la Atención Primaria, a los Servicios Sociales y otras instituciones públicas mediante actividades de coordinación.

Al igual que el resto de la red ambulatoria de Salud Mental de la CAM, los SSM de Alcobendas están integrados en el nivel de atención especializada. El Hospital de referencia en la actualidad es el nuevo Hospital Infanta Sofía, situado en San Sebastián de los Reyes. Los ingresos psiquiátricos se realizaban, hasta la apertura del nuevo hospital del distrito, en la UHB del Hospital Universitario de La Paz, y en menor medida como Unidad de apoyo, en el

Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora. En estos mismos Hospitales también estaba ubicado el S° de Urgencias para los pacientes con enfermedad mental, donde eran atendidas las urgencias fuera del horario de atención en el CSM.

Los datos de actividad global e indicadores de los SSM de Alcobendas por sexos correspondientes al año 2006 son los siguientes:

**Tabla 48 : DATOS DE ACTIVIDAD GLOBAL E INDICADORES SSM ALCOBENDAS**

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	<16	>64	Total	<16	>64	Total	<16	>64	Total
POBLACIÓN (1)									287.157
PACIENTES EN CONTACTO (2)	239	190	2331	150	415	3562	443	605	5893
CASOS NUEVOS	136	47	747	79	111	1184	215	158	1931
ASISTENCIAS TOTALES	1474	696	13622	767	1660	18169	2241	2356	31.791
INCIDENCIA ADMINISTRATIVA (3)	6.15	8.43	7.50	3.79	15.17	11.86	5.01	12.2	9,68
FRECUENTACIÓN ADMINISTRATIVA (4)	53.8	111.9	117.2	30.0	201.8	153.4	42.3	162.9	135.39
PREVALENCIA ADMINISTRATIVA (5)	13.2	34.09	23.40	7.20	56.70	35.68	10.3	46.9	29.55
ALTAS (6)	25	14	182	17	15	301	42	29	483

(1) La población de referencia es la del último censo oficial (2001)

(2) Total de casos que han estado en contacto en el año (casos nuevos+casos antiguos)

(3) Incidencia (casos nuevos/población \* 1000 habitantes)

(4) Frecuentación (nº total de asistencias/ población \* 1000 habitantes)

(5) Prevalencia (casos en contacto con el dispositivo/población \* 1000 habitantes)

(6) Incluye el total de altas

Fuente: Memoria de los SSM de Alcobendas. Año 2006. Datos extraídos del Registro de Casos Psiquiátrico (RCP)

El total de mujeres en contacto en el año con los Servicios es mayor que el de varones. Se ven más número de casos nuevos de mujeres en todas las franjas de edad excepto en menores de 16 años, en que es mayor en los varones. Esto mismo sucede con el número de asistencias totales.

En el total de mujeres la Incidencia administrativa de *trastornos mentales* es de 11.8 frente a un 7.5 en los hombres; y la Prevalencia administrativa es de 35.6 frente a 23.4 en los varones.

Por grupos diagnósticos más frecuentes atendidos en los centros de Salud Mental de la CAM, los casos de *Psicosis Esquizofrenica* (295 CIE-9) en las mujeres , en el año 2004, fueron el 1,3 % de los casos nuevos y el 1,5% de los casos asistidos , frente al 2,7% y el 2,2% respectivamente en los varones.

Como datos reseñables en cuanto a diferencias entre hombres y mujeres, se aprecia que existe una mayor proporción de psicosis esquizofrénica en hombres mientras en mujeres hay una mayor proporción de psicosis afectivas. Por otro lado, mientras en mujeres los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) representan un porcentaje importante de patología, en hombres lo son el resto de trastornos adscritos al código 307.

**Tabla 49: Distribución proporcional de los grupos diagnósticos más frecuentes atendidos en los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid. Casos nuevos y casos asistidos, por sexo. Años 1995 y 2004..**

Hombres 2004				Mujeres 2004			
Casos nuevos		Casos asistidos		Casos nuevos		Casos asistidos	
CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%
300	27,8	300	24,1	300	36,5	300	36,0
309	22,8	309	17,6	309	30,9	309	25,1
303	6,4	295	10,1	296	5,1	296	7,4
313	4,0	303	7,5	308	3,4	301	4,6
296	3,8	296	6,2	301	2,8	295	4,1
308	3,5	301	5,5	TCA	2,6	311	3,2
301	3,5	313	3,1	313	2,2	TCA	2,9
307	3,2	307	2,4	311	2,2	313	2,0
295	2,7	314	2,2	307	1,9	307	1,7
312	2,3	311	2,2	295	1,3	308	1,5

Hombres 1995				Mujeres 1995			
Casos nuevos		Casos asistidos		Casos nuevos		Casos asistidos	
CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%	CIE-9-MC	%
300	27,3	300	24,4	300	44,8	300	43,7
309	13,1	295	12,2	309	17,6	309	13,4
303	10,3	303	12,0	296	6,2	296	9,4
313	5,7	309	9,3	301	3,6	295	4,9
295	5,7	296	6,6	313	3,6	V40	3,6
301	4,9	313	4,5	TCA	3,4	301	3,3
307	4,7	301	4,2	V40	2,8	313	2,8
296	4,7	307	4,1	295	2,7	TCA	2,4
V40	3,4	V40	4,0	307	2,5	307	2,3
312	1,9	297	1,7	290	1,8	303	2,0

Literales de los códigos CIE-9-MC del grupo diagnóstico:

Fuente: Informe sobre el Estado de Salud de la CAM 2007



Los trastornos neuróticos (300 ICD-9) y los adaptativos (309 ICD-9) son los que representan la mayor proporción de casos. Estos últimos son a su vez los que mayor incremento han sufrido, más llamativo entre los hombres, donde pasa en estos diez años de representar el 13% al 23% de los casos nuevos y a situarse en el segundo puesto en casos asistidos desplazando a la psicosis esquizofrénica.

Esto mismo se observa en nuestro Distrito por sexo y grupo diagnóstico, en el que los casos nuevos atendidos por primera vez por cada mil habitantes, correspondientes al grupo diagnóstico Esquizofrenia y psicosis paranoides, durante el periodo de tiempo revisado en el estudio (1984-2007), es menor en las mujeres que en los hombres ( con una Incidencia de 0.58 en mujeres frente a 0.76 ) . Lo mismo ocurre con el número de casos atendidos por cada mil habitantes para este mismo grupo diagnóstico ( Prevalencia de 1.87 en mujeres frente a un 2.03 en los hombres)

**Tabla 50 : Incidencia y Prevalencia tratada por grupos de Diagnósticos y sexo. Distrito de Alcobendas. Periodo de 01-01-1984 a 06-06-2007.**

GRUPO DE DIAGNÓSTICOS	INCIDENCIA			PREVALENCIA		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
-Esquizofrenia y psicosis paranoides	<b>0.58</b>	0.76	0.67	<b>1.87</b>	2.03	1.95
-Psicosis Afectivas	<b>0.45</b>	0.23	0.34	<b>2.69</b>	1.49	2.09

*Incidencia: personas por cada mil habitantes atendidas por primera vez*  
*Prevalencia: personas por cada mil habitantes atendidas en los servicios*

Fuente: Base de datos Registro de Casos psiquiátrico (RCP). Oficina Regional de Salud Mental.

## 5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Dado que el fin principal de la presente investigación es el estudio de la naturaleza de la Esquizofrenia en la mujer, mediante la observación del curso de la Esquizofrenia en mujeres adultas, su evolución en la comunidad, el tratamiento recibido y el análisis de los factores pronósticos, se necesita un método que permita ver las características de la Esquizofrenia en la mujer. Por ello se eligió hacer un *estudio longitudinal*.

El contar con un sistema de recogida de información como el *Registro de Casos Psiquiátricos de la Comunidad de Madrid (RCP)* iniciado en el 1986, del que forma parte el RCP de Alcobendas, permitía hacer un estudio de los casos durante más de 20 años , de aquí que se hiciese *retrospectivo*.

Permite además estudiar *una muestra de mujeres con esquizofrenia en la comunidad muy amplia*, pudiendo obtener datos clínicos, datos de usos de servicios, sobre el tratamiento recibido y por tanto sobre la asistencia ambulatoria recibida.

Al abrirse los SSM de Alcobendas en el 1984, coincidiendo con el inicio de la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos en la CAM, permite también realizar el estudio de la evolución clínica y de las necesidades presentadas por las mujeres con Esquizofrenia.

El *periodo de estudio* es de veinte años, *abarca desde 1986 al 2006*. Se realiza un análisis de datos sociodemográficos y clínicos de forma longitudinal, correspondientes a la población con intención de tratamiento del distrito de Alcobendas, es decir casos atendidos en los Servicios de Salud Mental de distrito con diagnóstico de Esquizofrenia según ICD-9 durante este periodo.

La recogida de datos mediante la revisión de la Historia Clínica de todas y cada una de las pacientes diagnosticadas de Esquizofrenia en los veinte años revisados, se realizó a lo largo del año 2007 y primer semestre de 2008.

Se han revisado desde el inicio del RCP en el 1986 todos los primeros contactos ambulatorios de mujeres con diagnóstico de Esquizofrenia mayores de 18 años, un total de 239 mujeres adultas, con diagnóstico de Esquizofrenia (CIE-9 295.0 a 295.9), que han sido atendidas en los Servicios ambulatorios de Salud Mental de Alcobendas desde su apertura hasta febrero del año 2006.

Dx CIE-9		H	M	TOTAL	% M
295.0 a 295.9	Esquizofrenias	295	239	534	44.7%

Se estudian las características sociodemográficas, clínicas y los factores asociados a la enfermedad del total de mujeres con Esquizofrenia de la muestra. Se analiza la variabilidad diagnóstica del total de las pacientes, las características del tratamiento realizado en la submuestra de pacientes que siguen en tratamiento en Salud Mental, y las enfermedades somáticas presentadas.

En una segunda parte se comparan varios subgrupos de mujeres con esquizofrenia, como son:

- pacientes que siguen en tratamiento y pacientes que lo abandonaron
- pacientes de zona rural y urbana
- edad de inicio precoz y tardío ( $\geq 45$  años) de la enfermedad
- tiempo de evolución mayor o menor de 20 años
- pacientes nulíparas y pacientes con hijos.

y se estudian indicadores de gravedad, como los intentos de suicidio, el número de hospitalizaciones y recaídas ambulatorias. Valorando en cada una de las comparaciones entre subgrupos los factores que se relacionan con ellos.

### 5.3 LA MUESTRA

#### 5.3.1 Selección de la muestra

##### 5.3.1.1 Aspectos generales

De los cuatro métodos principales para la detección de casos en los estudios epidemiológicos que investigan la esquizofrenia (estudio de una comunidad, el registro de casos psiquiátricos, informantes clave debidamente seleccionados, información disponible en servicios de tratamiento como hospitales o consultas ambulatorias), se ha elegido utilizar el Registro de Casos Psiquiátricos que existe en la Comunidad autónoma de Madrid.

Se trata de un sistema costoso del que sólo disponen algunas comunidades. Por otro lado supone claras ventajas respecto el más usado habitualmente que se basa en la información disponible en los servicios de tratamiento, como hospitales psiquiátricos, consultas ambulatorias, unidades de salud mental, los hospitales generales, clínicas privadas, etc. ; cuyas principales limitaciones son : a) la baja representación de las personas con esta enfermedad que abandonan el tratamiento, es decir que no están en contacto con los centros de tratamiento y b) la alta contabilidad de casos con características clínicas que no son representativos de las personas con este trastorno en la comunidad.

Este abordaje depende del buen funcionamiento del registro de casos, la inclusión de los datos de manera fiable , de su actualización y corrección continua. Los posibles errores en la introducción de los datos por el personal administrativo (errores de tecleado) se han salvado al hacerse una revisión manual de todas y cada una de las Historias clínicas por el investigador, extrayendo y eliminando éstos no casos.

##### 5.3.1.2 Selección de la muestra

La selección de la muestra se realizó a través del **Registro de Casos Psiquiátricos (RCP) de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM)** , registro oficial de Salud Mental del sistema público de Salud (actualmente SERMAS), centralizado en la Oficina Regional de Salud Mental de Madrid. Registro que recoge todos los primeros contactos y toda la actividad asistencial de los 35 Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid. Sigue criterios Diagnósticos CIE-9, siendo **la población con intención de tratamiento (ITT intent-to-treat) la población de estudio.**

El registro de casos psiquiátrico recoge desde el año 1986 , en que se puso en marcha, todos los pacientes que consultan a nivel ambulatorio en el Centro de Salud Mental del Distrito de Alcobendas , una población de 265.892 habitantes, que pueden ser derivados por su médico de Atención Primaria, por

otros especialistas, o desde cualquier otro recurso de la red de Salud Mental (Unidades de Agudos, U. de Media Estancia, U. de Larga Estancia, recursos de Rehabilitación, Miniresidencias, Servicios Sociales). Al tratarse de un sistema sanitario público, cubre a la totalidad de la población, y al ser zona de nivel económico medio hay un número bajo de casos que no consultan en la red asistencial pública del distrito, y aquellos que no lo han hecho en primera consulta ambulatoria, son remitidos al Centro de Salud Mental desde los otros recursos de la Red asistencial (Urgencias hospital, Unidad Hospitalización, H. de Día, Media estancia.. etc.) si su primer contacto con la Red es en uno de estos otros dispositivos terapéuticos.

Por otra parte acceder a recursos de media estancia o de rehabilitación públicos sólo puede hacerse a través de su Centro de Salud Mental público de referencia, lo que supone su incorporación a la Red y por tanto al Registro de Casos, en algún momento de su evolución.

El **periodo revisado** es de veinte años, desde principios del 1986 año en que se inicia el registro acumulativo de casos en la Comunidad de Madrid, hasta junio del año 2006. La actividad asistencial en el CSM de Alcobendas se inició sin embargo algo más de un año antes, finales del 1984, por lo que el inicio del tratamiento en el CSM de los primeros pacientes registrados data de ese año. Comprende las Historias registradas desde la Hª 0000 a Hª 24840.

**Los criterios de inclusión** fueron los siguientes:

- 1) Pacientes atendidos en los SSM de Distrito, de tipo ambulatorio.
- 2) Mujeres adultas, edad mayor de 18 años.
- 3) Diagnóstico principal de Esquizofrenia según criterios CIE-9: 295.0 – 295.9
- 4) No diagnóstico principal de abuso de tóxicos o alcohol, de retraso mental ni enfermedad neurológica.

La extracción de los casos del Registro (RCP) se hizo en febrero de 2007, incluyendo todos los casos registrados desde la puesta en marcha del registro hasta febrero de 2006. Se utilizó esta fecha de corte para garantizar al menos el tiempo de evolución mínimo requerido para el diagnóstico de Esquizofrenia según los criterios normalizados. Al ser la CIE-9 el sistema diagnóstico y clasificación que usa el Registro de Casos Psiquiátrico de la CAM, es el sistema empleado en el estudio.

La CIE-9 es un sistema diagnóstico utilizado en gran parte del mundo que emplea criterios “diagnósticos normalizados”, a diferencia del sistema CATEGO incluido en las consideradas de “diagnóstico restringido” (que significa el síndrome esquizofrénico central definido en CATEGO S) o el sistema diagnóstico “diagnóstico en sentido amplio” empleado en EEUU antes de la introducción del DSM-III en 1980.

En este estudio se restringe el diagnóstico a la categoría 295 de la CIE-9 (psicosis esquizofrénicas), no se incluyen los trastornos de la categoría 297 de la CIE-9 (estados paranoicos) ni de la categoría 298 (psicosis no orgánicas).

El personal que ha realizado toda la extracción de los casos, la localización de las historias clínicas y la revisión manual de cada una de ellas ha sido únicamente el investigador (una persona). La recogida de datos se hizo a lo largo del año 2007 y primer semestre de 2008, siendo el tiempo precisado para ello más del año inicialmente previsto, al tener que volver a revisar por segunda vez alguna de las historias en busca de datos perdidos.

Los pacientes debían ser mayores de 18 años de edad, que hubiesen sido atendidos o en tratamiento psiquiátrico por Esquizofrenia, comprendiendo cualquiera de los Subtipos (295.0 a 295.9 ICD-9): Hebefrénica 295.1, Catatónica 295.2, Paranoide 295.3, Epis.Esq.Agudo 295.4, Latente 295.5, Residual 295.6, Esquizotípico 295.7, Otras 295.8, Sin especificar 295.9.

De un total de 534 posibles casos de Esquizofrenia registrados, 239 correspondían a mujeres (un 44.7%) frente a 295 varones. El mayor número estaban comprendidos en los Subgrupos E. Paranoide (115 casos) y E. Residual (63 casos). Los datos globales de los casos revisados se resumen en la siguiente tabla:

**TABLA 52: CASOS R.C.P. DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA, POR SUBTIPOS, ATENDIDOS EN LOS S.S.M. DE DISTRITO. AÑOS: 1986-2006. EDAD >18 AÑOS. HISTORIAS DE 0000 A 25000**

<b>Dx CIE-9</b>	<b>E. SUBTIPO</b>	<b>H</b>	<b>M</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% M</b>
295.0	ESQ.	13	12	25	48%
295.1	E. HEBEF.	13	7	20	35%
295.2	E. CATAT.	0	2	2	
295.3	E. PARAN.	153	115	268	42.9%
295.4	EP. ESQ. AG.	8	13	21	61%
295.5	E. LATENTE	1	2	3	
295.6	E. RESID.	86	63	149	42.2%
295.7	ESQUIZOT	12	17	29	58%
295.8	OTRAS	1	2	3	
295.9	SIN ESPECIF.	8	6	14	42.8%
<b>TOTAL</b>		<b>295</b>	<b>239</b>	<b>534</b>	<b>44.7%</b>

Los datos se recogieron en un formulario específico para el estudio, que se detalla en la sección instrumentos (ver Anexo 10.1).

### 5.3.2. Definición de Caso

El concepto de caso se formuló de la siguiente manera:

*Mujer que posee síntomas de psicosis esquizofrénica según criterios descritos en el glosario de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales CIE-9 de la OMS, correspondientes a las categorías 295.0 a 295.9, cuyo diagnóstico haya sido realizado por un psiquiatra (médico especialista en psiquiatría), con Historia abierta en el Centro de Salud Mental de Alcobendas y que a lo largo de la evolución de la enfermedad se ha mantenido como diagnóstico principal.*

En total se han revisado 239 Historias clínicas que correspondían a las categorías 295 ICD-9 en el Registro acumulativo de Casos Psiquiátricos, de las cuales **se confirmaron como casos 151.**

En el resto (86 pacientes) el primer Juicio Diagnóstico de Esquizofrenia en las sucesivas entrevistas no se confirmó, correspondiendo a otros grupos Diagnósticos (Trastorno Bipolar, psicosis orgánica senil o presenil, psicosis alcohólica, psicosis tóxica, Demencia senil de tipo paranoide, Episodio psicótico Único....etc). Un número pequeño correspondían con otros diagnósticos, incluidos dentro de este apartado por error al teclear el código o meter los datos en el RCP por el personal administrativo que lo realiza. Todos ellos se han considerado como NO CASO.

Sólo hubo dos posibles casos de pacientes recogidos en el RCP con diagnóstico de esquizofrenia perdidos, que pese a tener asignado número de Historia en el registro, no hay ningún dato clínico (Hª clínica no localizada en uno y carpeta de Hª vacía en otro). Ambos se consideraron como casos perdidos y constan como NO DATOS.

Dentro de los **151 CASOS** se distinguieron a su vez dos grandes grupos en función de si continuaban o no en seguimiento en el CSM en el momento de la recogida de los datos. El grupo de pacientes que en la actualidad mantiene su tratamiento y seguimiento en el CSM está formado por 72 casos, siendo 79 mujeres con Esquizofrenia los casos que ya no siguen en tratamiento por diversos motivos (abandono, cambio de domicilio, muerte, suicidio, o traslado a Unidad Residencial y Hospital psiquiátrico).

Todo ello se recoge en la siguiente tabla

**Tabla 53:** DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO EN R.C.P. DE ESQUIZOFRENIA. DISTRITO DE ALCOBENDAS

TOTAL MUJERES Dx 295 ICD-9 EN RCP	HISTORIAS CLÍNICAS REVISADAS :	SUBGRUPOS
239	CASOS : 151	SIGUEN EN TTO EN CSM: 72
		NO SIGUEN EN TTO: 79
	NO CASOS: 86	SIGUEN EN TTO : 14
		NO SIGUEN EN CSM: 72
	No datos : 2	

## 5.4 INSTRUMENTOS

### 5.4.1 Registro de Casos Psiquiátricos

Es un tipo de registro sanitario que forma parte de los Sistemas de Información Sanitaria (SIS).

La OMS y posteriormente la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III ha definido un Registro Sanitario como un “archivo de datos sistemático, continuado y recuperable de manera eficiente relativo a elementos de importancia para la salud, en una población definida, de modo que los elementos registrados puedan relacionarse con una población de base” (AETS, 2000).

Por lo tanto el Registro de Casos Psiquiátricos es un tipo de Sistema de Información Sanitaria (Registro Sanitario) que reúne las siguientes características:

- La información que se recoge es *individualizada* y centrada en los pacientes . La unidad de registro es el paciente. A diferencia de otros SIS como el Conjunto Mínimo Básico de Datos , orientado a la actividad asistencial.
- La recogida de la información es *continua en el tiempo*, prospectiva y *longitudinal*, a diferencia de otros estudios puntuales que se desarrollan durante un periodo de tiempo limitado.
- Los datos pueden relacionarse con *una población base de referencia*, que permita el cálculo de tasas ( prevalencia, incidencia)
- Es *acumulable*, acumula información sobre los contactos mantenidos con los SSM a lo largo del tiempo.
- Registrada en la Agencia de Protección de datos de la CAM

La OMS, a través de su grupo de trabajo reunido en Mannheim, **definió un registro de casos psiquiátricos (RCP)** como “un sistema de información longitudinal, centrado en los pacientes, que recoge los contactos que se establecen con un conjunto definido de servicios de salud mental en un área geográfica determinada” (WHO, 1983).

Los RCPs incluyen solamente los usuarios de los SSM ubicados en un área geográfica determinada, y además recoge la utilización de servicios que realiza el paciente en el área cubierta por el registro (Wing ,1989) (WHO,1987) (“UK Inter.-register Comité” .Woof y cols.,1998) (“Psychiatric Case Register in Public Health : A Worldwide Inventory”.Horn y cols.,1986).

En España, a principios de los 80 tras las conclusiones de un grupo de expertos de salud mental, se inicia la creación de registros acumulativos de casos psiquiátricos, al considerarlo como el método más idóneo para recoger la información, evaluar el proceso de desinstitucionalización y permitir la coordinación entre los diferentes servicios.

Las comunidades autónomas que tienen un registro de casos extra-hospitalario son :Andalucía, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco. El Registro de Casos del País Vasco fue creado en el 1983, el de Asturias en 1986, al igual que el Registro de Casos de Madrid se puso en marcha en el 1986. En otras comunidades está parcialmente implantado, como en Castilla-la Mancha donde lo está solo en CSM Infantil y Juvenil. (Moreno Küster B.,2005).

El Registro de Casos Psiquiátricos de nuestro distrito forma parte del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RCP) de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM) de la Comunidad Autónoma de Madrid , se inició la recogida en el año 1986 .

Recoge todos los casos atendidos por la red de Servicios de Salud Mental de Alcobendas, S.S. de los Reyes y los 56 municipios de la Sierra Norte. Tiene por tanto un marco demográfico definido en el que se originan los casos que corresponde al área de cobertura del propio registro, quedando excluidos los contactos realizados en el hospital, y las hospitalizaciones.

Es decir, aquellos pacientes que no han hecho su primera consulta a nivel ambulatorio, debido al trabajo en Red de todos los dispositivos asistenciales del distrito, y para garantizar la continuidad de cuidados son remitidos siempre al Centro de Salud Mental desde los otros recursos (Urgencias hospital, Unidad Hospitalización Breve, H. de Día psiquiátrico, U. de Media estancia, U. de cuidados Psiquiátricos prolongados, CAID etc.) , por tanto cuando su primer contacto con la Red es en uno de estos otros dispositivos terapéuticos también son remitidos y se les da una primera consulta en nuestro CSM quedando por tanto incluido en el RCP del distrito. Incluso en los pocos casos que están en tratamiento a nivel privado, si contactan con algún dispositivo de atención psiquiátrica del distrito y también desde Atención primaria , se les deriva a los Servicios públicos, siendo aún menor el número que no acepta esta posibilidad.



Todos los casos atendidos son registrados en el momento en que se les abre la Historia Clínica, requiere una recogida permanente y que los casos sean seguidos. Permite que los casos se refieran a población clínica de un área territorial concreta, en concreto los que ha consultado en los SSM del Distrito con Diagnóstico de Esquizofrenia. El diagnóstico asignado por un especialista en psiquiatría tras la evaluación clínica. El registro se actualiza sistemáticamente, tanto los datos administrativos como los diagnósticos registrados con los Códigos CIE-9.

La correspondencia de Diagnósticos con la CIE-10 es la siguiente:

**F20 Esquizofrenia :**

F20.0 Esquizofrenia paranoide  
F20.1 “ hebefrénica  
F20.2 “ catatónica  
F20.3 “ indiferenciada  
F20.4 Depresión post-esquizofrénica  
F20.5 Esquizofrenia residual  
F20.6 “ simple  
F20.8 Otra esquizofrenia  
F20.9 Esquizofrenia sin especificar

**F25 Trastorno esquizoafectivo:**

F25.0 “ “ tipo maniaco  
F25.1 “ “ tipo depresivo  
F25.2 “ “ tipo mixto  
F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos  
F25.9 Trast. esquizoafectivo sin especificar

**F21 Trastorno esquizotípico** incluye : Esquizofrenia latente , E. limítrofe ( borderline ), reacción esquizofrénica latente, E. prepsicótica, E. prodrómica, E. pseudoneurótica, E. pseudopsicopática y el trastorno esquizotípico de la personalidad (pag127 CIE-10).

**F22** Trastornos por ideas delirantes persistentes.

**F23** Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

**F24** Trastorno de ideas delirantes inducidas .

**F28** Otros trastornos psicóticos no orgánicos y

**F29** Psicosis no orgánica sin especificación.

El RCP permite conocer y extraer todas las personas diagnosticadas de esquizofrenia, por lo que el análisis de los datos a partir de este permitirá un mejor conocimiento de su realidad y sus necesidades. Permite conocer la **incidencia y prevalencia tratada (o administrativa)** por la red de SSM del distrito, cubierta por el registro. A diferencia de la prevalencia real en población general que se refiere a todos los casos de una enfermedad independientemente de si acuden o no a los servicios de salud mental.

-Prevalencia: nº de personas / casos con diagnóstico de Esq. están registradas cada año.

-Incidencia : de ellas cuáles son nuevos diagnósticos(casos nuevos) cada año.

Permite describir el perfil sociodemográfico de los pacientes y el patrón de uso de servicios de los pacientes estudiados.

**Tabla 54: Prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines según registros de casos españoles. año 1998 . Tasas estandarizadas por 1000 habitantes**

REGISTROS DE CASOS PSIQUIÁTRICOS	0/ 00	95% IC
Álava	1.98	1.79-2.18
Asturias	2.16	2.06-2.25
Granada-Sur	2.40	2.23-2.57
Navarra*	2.70	-
La Rioja*	3.10	-
Guipúzcoa	3.22	3.08-3.39
Vizcaya	4.51	4.37-4.64

En el caso de la Rioja y Navarra, se desconocía la población por grupos de edad por lo que no se pudo calcular los intervalos de confianza.

Extraída de “El Registro de Casos de Esquizofrenia de Granada”. Berta Moreno Küstner. AEN. Madrid 2005

#### 5.4.1.1 *Ventajas y limitaciones del RCP*

Los RCP son un instrumento. Ofrecen datos longitudinales con un seguimiento a lo largo del tiempo de los pacientes. Recogen datos de población clínica ambulatoria, en tratamiento especializado psiquiátrico en la comunidad. El que se trate de un registro oficial garantiza el detalle y la corrección de los datos.

La estabilidad de los diagnósticos a lo largo del tiempo se ha estudiado cotejándolo a través de la Historia Clínica. Al igual que en otros estudios realizados sobre registros se excluyeron los pacientes cuyo Dx final pertenecía a un grupo diferente al inicial, es decir a lo largo del tiempo cambió (casos en que fue modificado de 295 a 296). (Rabinowitz et al., 1994; Oleasen y Mortensen, 2002; Weiser et al., 2005; Olesen y Parner, 2006).

Algunas de las limitaciones encontradas son que el nº de casos registrado dependerá, entre otras causas, del desarrollo de los recursos de SM del distrito estudiado, y de la gravedad del caso. Cuanto mayor desarrollo y cobertura de la población, más posibilidades hay de que los pacientes sean derivados y contacten con los mismos, y serán los casos más graves también los que presenten mayor necesidad de atención psiquiátrica. (Goldberg y Huxley 1980; Gater y Goldberg, 1991).

La búsqueda de atención en los SSM puede estar relacionada con otras causas como son, el grado de tolerancia y apoyo social, la disponibilidad de otros servicios no sanitarios, y el estigma asociado a la enfermedad. Al tratarse en el

caso de la esquizofrenia , de un trastorno psicótico, es decir de un trastorno mental grave, todos los casos con sospecha de esta patología son derivados siempre a nuestro CSM, tanto desde Atención Primaria como desde el resto de los dispositivos de salud mental y los CAID, al ser pacientes que van a requerir un tratamiento y seguimiento a largo plazo así como programas de tratamiento intensivos especializados y recursos específicos de rehabilitación.

Los diagnósticos corresponden a un registro siendo establecidos por el psiquiatra que atiende al paciente en función de la clínica ( signos y síntomas ) y la historia clínica, es decir no son diagnósticos de investigación. Por ello, se pueden plantear dudas respecto a la fiabilidad y validez de los diagnósticos. En estudios previos se ha demostrado que estos diagnósticos de registro muestran una concordancia considerable con los Dx de investigación (Rabinowitz y Fenning, 2002; Weiser et al., 2005).

Otras limitaciones se deben probablemente a la falta de depuración periódica de los datos, lo que hace que se arrastre un diagnóstico una vez se ha metido el dato, lo que sólo ocurriría sino vuelve a generarse ningún otro contacto, siendo esto muy poco frecuente . Otro es la inclusión de algún diagnóstico dentro de un grupo numérico que no corresponde (p ej. Enuresis en Esquizofrenia) y a la inversa por error en el proceso de mecanización al teclear el código numérico correspondiente (p ej.297 por 296). Todos los cuales se han detectado y excluido en su caso al realizar la revisión de las Historias Clínicas.

Asumiendo la premisa de que no todas las personas que desarrollan una esq. acuden a demandar atención a los servicios especializados, las tasas obtenidas con datos de registros de casos psiquiátricos – casos atendidos, prevalencia tratada- son más bajas que las tasas de de prevalencia real.

Según Goldner y cols.(2002) las tasas sumadas no reflejan de forma exacta la dimensión de la prevalencia en la población general local , y deben obtenerse tasas locales, o por lo menos , estimarlas a partir de estudios poblacionales cercanos a nuestro ámbito para así conocer de la forma más exacta posible la dimensión del problema en la población general.

En la Tabla 10 (Planteamiento del problema) se recogen los estudios epidemiológicos con metodología similar, que presentan datos sobre prevalencia de la Esquizofrenia y trastornos afines.

#### ***5.4.1.2 Datos de patología psiquiátrica***

Los datos de patología psiquiátrica de la CAM, de la zona Norte (Área 5) y del Distrito están recogidos en las tablas 47,48 y 49. La Incidencia y Prevalencia tratada por grupos diagnósticos y sexo en el periodo de 1-01-1984 a 6-06-2007 del Distrito de Alcobendas se recogen en la siguiente tabla:

**Tabla 50:** INCIDENCIA Y PREVALENCIA TRATADA POR GRUPO DIAGNÓSTICO Y SEXO. SSM ALCOBENDAS.

GRUPO DX	INCIDENCIA			PREVALENCIA		
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Esquizofrenia y Ps.Paranoides	0.58	0.76	0.67	1.87	2.03	1.95

#### 5.4.2 Recogida de Datos.

Los datos utilizados fueron recogidos mediante la revisión de cada una de las Historias Clínicas de las pacientes, de los Informes médicos (del S° de Urgencias médicas y de Interconsulta) e Informes de las hospitalizaciones psiquiátricas. Si no se disponía de datos al no estar registrados en ninguno de ellos se codificaron como “no datos” (ND).

El hecho de que todos los datos hayan sido recogidos por la misma y única persona disminuye la posible variabilidad entre investigadores. Se realizó en un cuestionario elaborado para tal fin “documento de recogida de datos”.

#### 5.4.3 Documento recogida de datos y variables

Se diseñó un inventario en forma de cuestionario específicamente para la investigación, de forma que se obtuviera toda la información respecto a las características de las pacientes y variables de interés.

Se aseguraba así la inclusión de los datos no sólo sociodemográficos, sino de todas aquellas variables e ítems a estudiar respecto a la enfermedad objeto de la investigación, la salud física de la paciente, variables para el estudio de factores sociales, de la asistencia y tratamiento recibido. Se incluyeron todas aquellas que se han revelado de interés en otras investigaciones y otras que se querían estudiar específicamente.

Todos los cuestionarios se cumplimentaron con la información registrada en las historias clínicas, informes clínicos de las pacientes y documentos que la integraban, todas ellas revisadas directamente por la misma persona, el investigador.

Se describe a continuación el tipo de información que recogen los ítems, de forma agrupada:

##### 1) Sociodemográfica:

- sexo,
- edad,
- estado civil,
- zona de procedencia,
- nivel educativo
- nivel socioeconómico
- situación laboral
- tipo de convivencia.

**2) Relativa a la enfermedad :**

- edad de inicio de la enf.,
- edad primera consulta en el Centro,
- edad primer ingreso,
- nº de ingresos,
- nº de recaídas tratadas a nivel ambulatorio,
- conductas agresividad física,
- tipo de inicio de la enfermedad,
- años de evolución,
- conciencia de enfermedad .

**3) Antecedentes:**

- familiares psiquiátricos ,
- antecedentes personales psiquiátricos y obstétricos, así como la personalidad previa.

**4) Historia ginecológica y de enfermedades somáticas :**

- metabólicas, cardiovasculares, neurológicas y otras.

**5) Relativa al tratamiento recibido :**

- farmacológico,
- profesionales que han intervenido,
- inclusión en Programa de Rehabilitación,
- tratamiento actual y
- tiempo con último tratamiento.

**6) Problemas / acciones judiciales :**

- incapacitación legal,
- retirada de tutela de hijos menores,
- detenciones
- otros

**7) Psicosocial:**

- apoyo familiar y/o de Servicios Sociales
- pertenencia a grupos sociales
- acontecimientos vitales estresantes y
- estudio de valores.

El cuestionario diseñado para esta investigación, en el que se especifican las variables registradas, se incluye en Anexos (Ver Anexo 10.1)

## 5.5 VARIABLES

Se diseñó, específicamente para esta investigación, un inventario en forma de cuestionario de manera que se recogiera en todos los casos información respecto a las características sociodemográficas, aspectos clínicos de la enfermedad y su tratamiento, respecto a enfermedades somáticas especialmente de tipo ginecológico y sobre factores psicosociales ; todos ellos considerados de gran importancia para el estudio de la esquizofrenia en la mujer, su evolución y sus características específicas en pacientes mujeres.

Este cuestionario fue cumplimentado por el investigador a partir de la revisión personal de las historias clínicas de todos y cada uno de los casos, y de los documentos incluidos en ellas como informes clínicos de ingresos psiquiátricos, médicos, interconsultas realizadas a otros especialistas, oficios de juzgados, resoluciones de incapacitación etc..

Se recogieron las siguientes **variables** que podemos agrupar en :

- 1)*Sociodemográficas* : sexo, edad, estado civil, zona de procedencia, nivel educativo, nivel socioeconómico, situación laboral, tipo de convivencia.
- 2)*Relativas a la enfermedad* : edad de inicio, edad primera consulta en el Centro, edad primer ingreso, nº de ingresos, nº de recaídas tratadas a nivel ambulatorio, conductas agresividad física, tipo de inicio de la enf., años de evolución, conciencia de enfermedad
- 3)*Relativas al tratamiento recibido* (farmacológico, profesionales que han intervenido, inclusión en Prog. de Rehabilitación, trat. actual y tiempo con último trat.),
- 4) *Antecedentes*: familiares psiquiátricos , antecedentes personales psq. y obstétricos, así como la personalidad previa.
- 5)*Historia ginecológica y de enfermedades somáticas* (metabólicas, cardiovasculares, neurológicas),
- 6)Problemas judiciales , incapacitación legal.
- 7)Estudio de valores y pertenencia a grupos sociales, y
- 8) Acontecimientos vitales estresantes

### 5.5.1. Variables Sociodemográficas

Se han analizado las variables sociodemográficas para tener un perfil de las pacientes mujeres con Esquizofrenia que han contactado con los Servicios de Salud Mental ambulatorios del distrito desde el año 1984. Las variables registradas se especifican a continuación:

Procedencia:

Las pacientes incluidas en el estudio pertenecen a las siguientes zonas geográficas:

- 1- Alcobendas
- 2- S.S. de los Reyes
- 3- Pueblos (correspondientes a nuestro distrito sanitario )

Al contar el Distrito de Alcobendas además de con los municipios de Alcobendas y S. S. de los reyes , de carácter urbano, con una amplia zona rural comprendida por todos los pueblos de la Sierra Norte de Madrid hasta el Corredor del Henares (un total de 93.070 hab), permitiría ver si hay diferencias significativas entre las pacientes procedentes de la zona rural y de la urbana, o si tienen necesidades asistenciales y de uso de Servicios de Salud Mental diferentes .

Edad:

Calculada restando a fecha de recogida de datos la fecha de nacimiento.

Estado civil:

Siendo 1- Soltero, 2-casado, 3- Viudo, 4-Separado/Divorciado y 5-ND (No datos).

En un segundo estudio se agruparon en dos categorías : casado (o con pareja) y sin pareja, incluyendo en esta última las solteras, viudas y separadas.

Convivencia :

1-Solo , 2- con padres, 3-Con cónyuge, 4-cónyuge e hijos , 5-otros (familiares o no)  
6-residencia/institución

Se consideró con quien convivía en el momento de la recogida de los datos.

Los casos que residen en piso protegido o supervisado se codificaron como 5 (otros) al tratarse de recurso de Salud Mental que requiere cierto grado de autonomía personal y que comparten con otros pacientes. Se separó en dos grupos diferentes la convivencia con esposo solo de la con esposo e hijos porque, en este último caso, son las principales cuidadoras de los hijos que conviven en el domicilio además de realizar las tareas domésticas.

Nivel educativo:

Se recogió el nivel de estudios alcanzado siendo 1-Analfabeto, 2-Primarios, 3-Bachiller , 4-Formación Profesional, 5-Universitarios y 6-ND (no datos).

Ocupación /Nivel socioeconómico :

Se trata de registrar cual es la ocupación que tiene el individuo, independientemente de los estudios realizados o profesión. Por ejemplo un sujeto puede ser de profesión químico o abogado, por los estudios realizados , pero trabajar como comercial o como empresario o cuidando niños pese a la

formación alcanzada, lo que determina su nivel de ingresos y nivel socioeconómico.

Extrayendo datos de la variable original ocupación y haciendo la transformación siguiente:

- 1) empresarios/ directivos / profesionales independientes / prof. liberales
- 2) técnicos grado medio/ profes. intermedias./ militares,
- 3) administrativos / dependientes de comercio
- 4) obrero cualificado,
- 5) obrero no cualificado
- 6) ama de casa,
- 7) estudiante y
- 8) No datos

Esta variable se analizó además agrupada en las siguientes categorías:

- 1) Profesionales independientes/liberales/empresarios/directivos (grupo 1),
- 2) Trabajo cualificado, correspondiente a los grupos 2,3 y 4,
- 3) Trabajo no cualificado (limpiadora, empleada de hogar...),
- 4) Ama de casa (no trabaja fuera de casa)
- 5) No trabaja (estudiante, en paro)

#### Situación laboral:

Sea cual sea su profesión puede estar actualmente en activo (1-trabajando), parado (2-en paro) , en situación de baja laboral transitoria (3-IL Temporal), baja laboral permanente (4-IL Premanente), dedicarse solo a las tareas domésticas (5-Ama de casa, labores del hogar), jubilado (6-pensionista o jubilado) , o no constan datos (7- ND).

Que se analizaron también agrupadas en :

- 1-Trabajando (activo)
- 2-No trabaja (parado, jubilado, pensionista, incapacidad laboral),
- 3-Ama de casa,
- 4-No Datos

### **5.5.2 Variables Clínicas**

#### ***a)Relativas a la enfermedad***

El estudio de aspectos clínicos de la enfermedad nos permite obtener un perfil clínico de las mujeres con Esquizofrenia , estudiar las características de esta enfermedad en la mujer, así como aspectos específicos a tener en cuenta en las mujeres que sufren esquizofrenia. Algunas de estas variables estudiadas ya por otros autores, encontrando claras diferencias con respecto a los hombres, y otras específicas de las mujeres no estudiadas hasta ahora .



Edad de inicio de la enfermedad

Se definió como la *edad de inicio de los síntomas psicóticos*. Este dato se extrajo de la historia clínica, si no estaba específicamente recogido se codificó como “no datos” (ND)

Edad del primer contacto en los SSM del Distrito

De la fecha de la primera consulta en los SSM del Distrito ,ya fuese este primer contacto en el Pr. Infanto-Juvenil o en Adultos al estar ambos integrados asistencialmente, se extrajo la edad del primer contacto en los Servicios de Salud Mental de Alcobendas.

Años de evolución de la enfermedad

Se obtuvo restando a la edad actual (de fecha de recogida de datos) la edad de inicio de la enfermedad. Nos da información valiosa de cara al curso social y deterioro, permitiendo comparar variables dentro de subgrupos de años de evolución similar (corto, medio y largo plazo) .

En aquellos casos que no siguen en tratamiento ( por abandono , traslado, fallecimiento o suicidio) se consideró la fecha de salida /pérdida del caso.

Años de tratamiento en el CSM

En aquellos casos que siguen en contacto o tratamiento con el CSM se registró los años de seguimiento ambulatorio. Se obtuvo restando de la fecha primera consulta la de la última asistencia en el Centro.

Número de Hospitalizaciones y número de recaídas a nivel ambulatorio

Se han recogido tanto el *número de Hospitalizaciones* como el *nº de recaídas a nivel ambulatorio*, definidas estas últimas como “aquella crisis o reagudización que haya requerido aumento de tratamiento farmacológico y/o aumento del número o frecuencia de las citas”. Si requirió ingreso Hospitalario se contabilizó dentro del nº de ingresos.

Edad del primer ingreso hospitalario

En aquellos casos que han tenido ingresos hospitalarios se obtuvo a partir de la fecha del primer ingreso.

Tipo de inicio de la enfermedad

1-Agudo , 2-Subagudo y su relación en el inicio con estresores ( 1 -SI , 2 -NO, 3-ND) o con drogas ( 1 -SI , 2 -NO, 3-ND) . En el caso de que no estuviese explícitamente recogido en la historia clínica o en los informes de ingreso hospitalario psiquiátrico se codificó como “no datos” (ND).

Antecedentes y consumo actual de tóxicos o alcohol

Se recoge el consumo excesivo habitual (C.E.H) según la OMS , o episodios abuso (E.A.) ,

al lado de la sustancia se pondrá C.E.H o E.A. y en todos 1 (SI) 2 (NO) 3 (ND). Se recoge para el alcohol y drogas: 1) cannabis 2) cocaína 3) opioides 4) anfetaminas 5) otros .

Antecedentes de juego patológico y juego patológico actual

Indicando el tipo ( Máquinas ,bingo....) Se codificaron 1)SI 2)NO 3)ND (No datos)

Acontecimientos vitales estresantes

Abierto. Se escriben los acontecimientos reseñados en la historia clínica o los informes clínicos de hospitalización en los meses previos a la recaída y en el último año.

Los acontecimientos vitales recogidos son los que suponen estrés severo : muerte de un familiar directo, enfermedad grave de un familiar directo, separación/divorcio o abandono conyugal, muerte del cónyuge, enfermedad o accidente personal grave, matrimonio, pérdida de trabajo, jubilación, graves conflictos laborales o económicos, abuso sexual o físico, embarazo, principio o fin de estudios, cambio de lugar de residencia (ciudad o país), abandono/cambio de pareja, víctima de acto criminal, encarcelamiento .

Estos acontecimientos estresantes son los que recoge el cuarto eje de la DSM-IVTR eliminando los de estrés leve.

Al no realizarse en la evaluación clínica una recogida sistemática , pasando un cuestionario concreto en todas las entrevistas de evaluación , existe el factor de subjetividad del psiquiatra o de olvido al dejar constancia. Puede haber más de un factor no recogido o este no estar directamente en relación. No se consideró si el acontecimiento estresante tenía o no una relación directa con la enfermedad actual. Fue registrada y procesada solo su presencia si constaba explícitamente , si no se codificó como “no datos” (ND)

Antecedentes de enfermedad mental y de suicidio en familiares

Se recogió además de su presencia como 1) SI 2)NO 3) ND , si eran en familiares de primer grado (padres, hnos) o de segundo grado (abuelos, tíos..) y en los casos que estuviese especificado o descrito puede señalarse si son de Esquizofrenia, T. Bipolar, Depresión y otras.

Antecedentes obstétricos

Tanto pre, peri o postnatales, se codifican como 1) SI 2)NO o 3) ND

Antecedentes de auto o heteroagresividad

Variables como el haber presentado episodios de *agresividad física* , problemas con la justicia de cualquier tipo, *intentos de suicidio* nos permiten estudiar la frecuencia de conductas violentas en la muestra y comparar con los resultados de otros estudios , con los índices habituales de violencia en las mujeres con Esquizofrenia, y sus diferencias con respecto a los encontrados en otros estudios en hombres con Esquizofrenia.

Estos se codificaron en todos los casos como : 1)SI 2)NO o 3) ND (No datos)

### Incapacitación Civil

La proporción de mujeres con incapacitación civil, o si se está tramitando, nos proporciona información sobre el nivel de deterioro en el funcionamiento, importante en la mujer por su papel como cuidadora de los hijos y con frecuencia de los padres ancianos o familiares discapacitados. Esta se codificó como : 1)SI 2)NO 3) ND (No datos) 4) En trámite

### ***b) Enfermedades somáticas***

Variables relacionadas con los **antecedentes y enfermedades Ginecológicas** padecidas o presentes como son : edad de la menarquia, de la menopausia, intervenciones quirúrgicas si las ha habido, el número de partos vaginales y cesáreas , así como el número de abortos . Lo que nos permite estudiar la fertilidad y maternidad de las mujeres con Esquizofrenia tratadas en la Comunidad.

El estudio de **la salud física** en la mujer con esquizofrenia, a través de otras enfermedades somáticas concomitantes. Se recogieron las enfermedades :

-metabólicas: Obesidad ,Diabetes Insulinodependiente (DID) ,Diabetes no Insulinodependiente (DNID) , Hipercolesterolemia , Hipertrigliceremia , Hipotioidismo, Hipertiroid y Otras.

-cardiovasculares: Hipertensión arterial (HTA), Infarto agudo de miocardio (IAM), Arritmias / bloqueos , Cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardíaca , Otras .

-neurológicas : Síntomas extrapiramidales (SEP), Acatisia, Disquinesia Tardía (mov orolinguales...), Parkinsonismo, Otras.

-patologías graves y otras : como el cáncer , especialmente el de mama y ginecológicos, han sido específicamente registrados.

### ***c)Relativas al tratamiento recibido***

Inclusión o no en Programa de Rehabilitación, se codificó como 1)SI 2)NO 3) ND (No datos).

Si se realiza a nivel ambulatorio un abordaje multidisciplinar (por más de un profesional perteneciente a las diferentes áreas de trabajo: psiquiatra, psicólogo, enfermería, T.S, Terapeuta Ocupacional) se recogió el número de profesionales de cada categoría profesional que han intervenido en el caso.

Adherencia al tratamiento farmacológico y resto de tratamientos indicados (citas seguimiento enfermería y evolución, actividades de Rehabilitación, grupos). En todos los casos se codificó como 1)Si 2)No y 3) No datos (ND)

Tratamiento farmacológico realizado y el actual. Se recogieron Neurolépticos (NL) depot, y en su caso si era 1)solo, 2)con NL oral. Los NL orales , y en su caso si fueron 1) solo típicos 2)solo atípicos 3) ambos (tpc+atpc) . Para el análisis del número de psicofármacos orales diferentes prescritos se agruparon para su estudio desde un solo fármaco hasta seis o más.

Se recogió el tratamiento simultáneo con : estabilizadores del ánimo, antidepresivos, benzodiacepinas y anticolinérgicos. Se codificaron en cada caso como 1)Si 2)No , y se anotó el fármaco tomado.

### 5.5.3 Variables Psicosociales

#### Personalidad previa

Se han transformado los rasgos patológicos de personalidad recogidos en la Historia clínica, en tipos de personalidad según recoge la CIE-9, clasificación que es la utilizada en este estudio ( al ser la vigente oficial y usada en el RCP de la Comunidad de Madrid) .

Se recogieron especificando cluster según los criterios CIE-9: Paranoide (301.0), Afectivo(301.1), Esquizoide(301.2), Explosivo(301.3), Anancástico (301.4),Histérico(301.5), Asténico/Dependiente(301.6),Antisocial/Sociopático (301.7), Otros /Inmadura (301.8) y sin especificar (301.9).

#### Nivel intelectual

Se consideró según criterios CIE-9 : Retraso mental discreto ( 317), Retraso mental de otro grado especificado (de 318.0 a 318.2), y Retraso mental de grado no especificado (319).

Al no realizarse en todos los casos una evaluación sistemática de CI, pasando batería de test en todas las evaluaciones de los pacientes , fue registrada y procesada solo su presencia si constaba explícitamente , si no se codificó como “no datos” (ND).

#### Apoyo familiar

Se recogió como categoría cualitativas continuas de cinco opciones: 1-buen apoyo, 2-escaso apoyo, 3-ningún apoyo, 4- ningún contacto con familiares, 5-No datos (ND) .

Se agruparon en una única las correspondientes a ningún apoyo y ningún contacto quedando así concretadas en : bueno, escaso, ninguno y no datos.

Apoyo social de la misma manera siendo 1) Buen apoyo social , 2)Esporádico 3)Tiene Ayuda de S.S. (visitas dom. , aux.hogar, voluntariado....) , 4)Ningún apoyo ni contacto y 5) ND

#### Pertenencia a grupos sociales

En todas codificar 1-SI (ONG, musical, coro, asociación de vecinos, de enfermos ,religiosa....), o 2-No datos.

#### Valores personales

Se recogieron los valores importantes para el paciente ( religiosos, estéticos, económicos o políticos) como dato importante que nos ayudaría a respetar la autonomía del paciente en la toma de decisiones.

### **5.6 MEDICIONES Y TÉCNICAS ESTADÍSTICAS**

#### **5.6.1 Creación de la Base de Datos**

Se creó una base de datos en el programa ACCESS® 2.000, con pantallas idénticas a la hoja de recogida de datos, y filtros de depuración internos para las variables, donde se limitan los valores y rangos aceptables.

Los datos fueron introducidos en la base de datos por personal médico entrenado. Al finalizar la introducción de los datos se realizaron chequeos lógicos en todas las variables y se realizó un control de calidad de los datos. En el control de calidad se verificaron los datos del 10% de los casos frente a los datos originales de las Hojas de recogida de datos, obteniendo una calidad del 100% en todos los casos y variable registradas.

Se identificaron los casos en los que fue necesario la recuperación de datos ausentes de las variables del estudio, y se facilitó un listado para su recuperación desde las historias clínicas. Los datos se incorporaron a la base de datos dando lugar al cierre de la base de datos con fecha 21 de Septiembre de 2009.

#### **5.6.2 Preparación para el Análisis Estadístico**

Los datos se exportaron desde el programa ACCESS® 2.000 al programa de análisis estadístico SPSS 14.0. Se crearon las etiquetas de las variables y las de sus categorías.

Se procede a la recodificación de las variables, de modo que los datos no registrados en las Historias clínicas constaran como valores ausentes en los análisis, y las variables categóricas se codificaran en valores a partir del valor 0, para su preparación para los análisis de regresión múltiple.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® 14.0.

El nivel máximo de error escogido para la significación para todas las pruebas efectuadas fue de 0,05.

### 5.6.3 Control de calidad

Se creó un plan de análisis estadístico para el estudio. El análisis quedó programado en una rutina de programación (Sintaxis de SPSS), para poder verificar las transformaciones de las variables y análisis aplicados en el estudio.

La base de datos original en ACCESS quedó grabada como sólo lectura. Las transformaciones se realizaron sobre una copia de esta base de datos exportada al programa de análisis.

### 5.6.4 Tratamiento Estadístico de los Datos

#### 5.6.4.1 Análisis univariantes

Se realizó un *análisis descriptivo* de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cualitativas se describen en forma de frecuencias y porcentajes válidos, detallando los valores ausentes.

Las variables cuantitativas se analizan en forma de número válido de casos para cada variable, media, intervalo de confianza del 95% para la media, desviación típica, mediana, valores mínimo y máximo, y distribución de la variable y normalidad.

La comparación de los resultados entre variables categóricas se realizó en el caso de variables con dos categorías en tablas de dos por dos, mediante la prueba  $\chi^2$ , aceptando un nivel de significación de 0,05. La comparación de variables categóricas con más de dos categorías se realiza mediante la *prueba Z de K x C* variables, con ajustes de Bonferroni para las comparaciones múltiples, y nivel de significación de 0,05.

Los análisis de las variables cuantitativas respecto a variables con dos categorías, se realizó mediante la prueba *t de Student* para datos independientes. Si las variables cualitativas tienen más de dos categorías se aplicó el análisis de la varianza *ANOVA de un factor*, con ajustes de Games Howel o de Bonferroni en función de la homogeneidad de las varianzas, para las comparaciones múltiples. El nivel de significación se estableció en 0,05.

\*El Análisis de la Varianza (*Anova: "Analysis of Variance"*) permite comparar las medias de los distintos (r) grupos, siendo r mayor o igual a 2. Asimismo, facilita, entre otras técnicas asociadas a ella, las comparaciones múltiples a posteriori. La hipótesis nula de la prueba Anova de un factor es:

H<sub>0</sub>: Las medias de los K grupos son todas iguales

H<sub>1</sub>: Al menos una de las medias es diferente.

Medias e IC: Se muestran para cada uno de los grupos, las medias de la variable cuantitativa, junto con su error estándar y sus intervalos de confianza (IC) calculados según distintos métodos.

Intervalos basados en el método de Bonferroni, donde se calculan los contrastes seleccionados con al menos una confianza prefijada

\*Comparaciones múltiples: se presentan resultados de las pruebas a posteriori para determinar de qué grupo provienen las diferencias detectadas por el ANOVA. Se basa en los resultados de las comparaciones dos a dos obtenidas. Niveles de confianza: por defecto es 95%. El nivel de confianza debe ser  $>0$  y  $<100$ .

#### 5.6.4.2 Análisis multivariantes

Realizamos un *análisis inferencial* de tipo *multivariante*, en el que exploramos los factores que influyen sobre diferentes indicadores de la gravedad de la enfermedad y sobre el seguimiento en los Servicios de Salud Mental del distrito de Alcobendas.

- Los indicadores de **gravedad** de la enfermedad estudiados son :
  - Intento de suicidio (si o no) mediante regresión logística.
  - Número de hospitalizaciones, mediante regresión lineal múltiple.
  - Número de recaídas, mediante regresión lineal múltiple.
- Los de **seguimiento en los SSM** estudiados:
  - Todos los factores que se relacionan sobre si la paciente sigue o no en tratamiento en el SSM, mediante regresión logística.

Existen distintas regresiones multivariantes:

En la *Regresión Lineal Múltiple* se tiene que varias variables explicativas cuantitativas (xz) intentan explicar una variable respuesta cuantitativa (y).

En la *Regresión Logística* se tiene que varias variables explicativas cuantitativas (xz) intentan explicar una variable respuesta dicotómica o binaria(b).

Los aspectos más importantes a tener en cuenta en la interpretación de SPSS en la regresión logística se exponen a continuación. Los resultados que vamos a interpretar se muestran en las *tablas de las variables en la ecuación*, que incluye a todas las variables que hemos introducido en un paso.

Las notaciones que se emplean al dar los resultados del análisis de regresión logística en el texto son las siguientes:

-En la primera columna se encuentran las variables introducidas con el código de la variable.

-En la segunda columna el valor **B** muestra el coeficiente de la variable para la ecuación **B** Coeficiente de regresión.

-**E.T.** es el **error típico de la media** que se utiliza para el cálculo de los intervalos de confianza.

-**Estadístico de Wald** : El parámetro que debemos valorar *para reconocer el peso de una variable en la ecuación* es el estadístico de Wald en la cuarta columna, que equivale al valor B estandarizado para equiparar las métricas de las variables.

-**g.l.** son los grados de libertad

-**Sig.** Es el valor de la significación de cada variable en el modelo.

*Si el valor es significativo ( $<0.05$ ), equivale a decir que esta variable es significativa en el análisis multivariante, teniendo controladas las restantes variables introducidas en el modelo. O también a decir que independientemente de las demás variables la seleccionada es significativa.*

Si el valor es  $>0.05$  la variable no es significativa y, o bien se excluye del modelo en un paso posterior y se recalcula toda la ecuación, o bien se mantiene en el modelo si la variable debe ser incluida conceptualmente, sus parámetros no deben ser interpretados en los resultados.

-**Exp(B).** El valor exponencial (B) se interpreta de diferentes formas según el tipo de variable y según el tipo de estudio.

Estima la probabilidad de observar la respuesta Xi para un determinado patrón de valores de las restantes variables X. Esta probabilidad representa en estudios de cohortes **la incidencia acumulada**. En estudios transversales **la Prevalencia**. En estudios de casos y controles **NO tiene interpretación**.

*El valor de e elevado a B, manteniendo constantes los valores de las restantes variables, representa cuánto aumenta el riesgo de que se clasifique a un sujeto como Y=1 al pasar de X=0 a X=1. En general:*

- El punto de comparación es el valor 1, que equivale a que *no hay riesgo aumentado ni disminuido*, una probabilidad similar al azar (50%).
- Si el valor de Exp(B) es por ejemplo de 1,95=2, equivale a decir que el riesgo de que Y sea 1 *se duplica* cuando un caso pasa de la variable X con valor 0 a tener valor 1. El valor de B será de signo positivo. Si Y determina la presencia de una enfermedad *esta X se considerará un factor de riesgo*.
- Si el valor de Exp(B) es menor que 1, implicará que el valor de B será negativo, se interpretará mejor si restamos a 1 el valor, por ejem. Si es 0,82 haremos  $1-0,82=0,18$ . De esa variable concluiremos que el paso de 0 a 1 de la variable X, reduce el riesgo de Y=1 un 18%. Si Y determina la presencia de una enfermedad, *esta X se considerará un factor de protección*.



- a) Con variables CUANTITATIVAS: es el factor por el que se multiplica la ODDS-RATIO de la respuesta Y, cuando la variable predictora X se incrementa *una unidad*. Indica que al incrementarse *una unidad* la variable predictora X, la ODDS-RATIO de Y se multiplica por  $\text{Exp}(B)$ .

Se eligió un intervalo de confianza del 95%, y se calculó mediante la fórmula :

$$B \pm Z_{\alpha/2} \cdot \text{EE}(B)$$

$$\text{IC95\%} = e \quad \text{Formula Intervalo de confianza de la Odds-Ratio}$$

- b) Con variables BINARIAS : Indica que al incrementarse una unidad la variable predictora, es decir, al pasar de 0 a 1, la ODDS de Y se multiplica por  $\text{exp}(B)$ .

Se eligió un intervalo de confianza del 95%, y se calculó mediante la fórmula :

$$B \pm Z_{\alpha/2} \cdot \text{EE}(B)$$

$$\text{IC95\%} = e \quad \text{Formula Intervalo de confianza de la Odds-Ratio}$$

- Se interpreta como **Odds Ratio DE RIESGO** si es un estudio de cohortes
- Se interpreta como valor del RR que se obtendría si los datos procedieran de un estudio de cohortes. Si es un estudio de casos y controles, la prevalencia de Y es muy baja.

- c) Variables con K CATEGORÍAS: La codificación se realiza con preferencia respecto a una categoría de referencia (Indicador (1)). El resultado de  $Z_i$ , representa el contraste o RAZÓN DE ODDS entre la categoría i, y la de referencia.

Se interpreta como, al pasar de la categoría de referencia a la categoría representada por  $Z_i$ , la ODDS se multiplica por  $\text{exp}(B)$ .

Se eligió un intervalo de confianza del 95%, y se calculó mediante la fórmula :

$$B \pm Z_{\alpha/2} \cdot \text{EE}(B)$$

$$\text{IC95\%} = e \quad \text{Formula Intervalo de confianza de la Odds-Ratio}$$

- Si la codificación se hace respecto al promedio de categorías, equivaldría a un ANOVA, en este caso  $\text{exp}(B)$  NO SE PUEDE INTERPRETAR COMO OR

**-IC95% para  $\text{Exp}(B)$** , representa los intervalos de confianza de  $\text{Exp}(B)$  inferior y superior, es el rango de valores que en el 95% de las veces incluye el valor e elevado al valor del parámetro (B).



## 6. RESULTADOS

### 6.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES

#### NÚMERO DE PACIENTES

Se incluyó en el estudio un total de 151 pacientes mujeres con Esquizofrenia, mayores de 18 años.

#### 6.1 .1 Características sociodemográficas

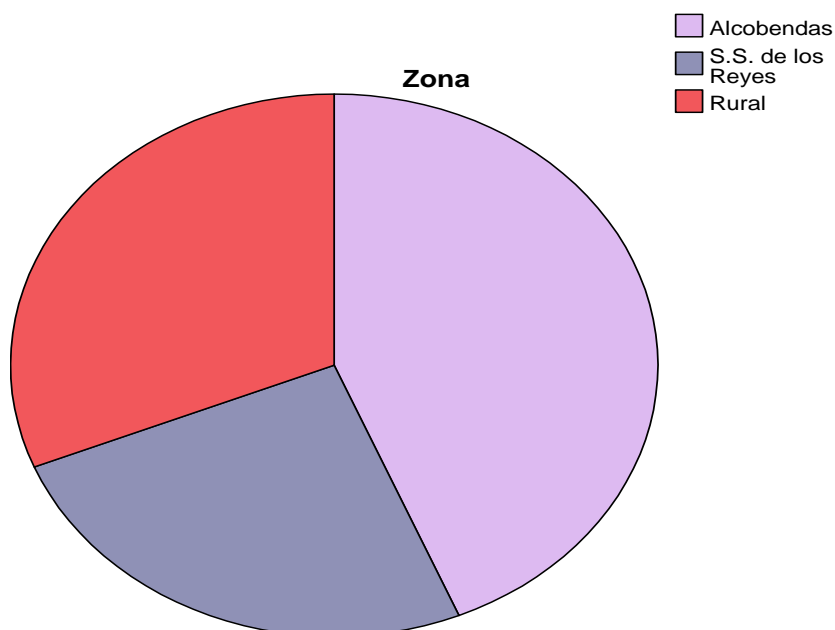
##### 6.1.1.1 ZONA PROCEDENCIA

Las pacientes incluidas en el estudio pertenecen a las siguientes zonas geográficas:

Tabla 55

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Alcobendas	66	43.7
	S.S. de los Reyes	38	25.2
	Rural	47	31.1
	Total	151	100.0

Gráfico 18



Estudiamos la distribución en zona rural o urbana, obteniendo un 68,9% de mujeres que proceden de la zona urbana y un 31,1% de la zona rural.

**Tabla 55 bis : Zona Agrupada**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Rural	47	31.1
	Urbano	104	68.9
	Total	151	100.0

### 6.1.1.2 EDAD DE LAS PACIENTES

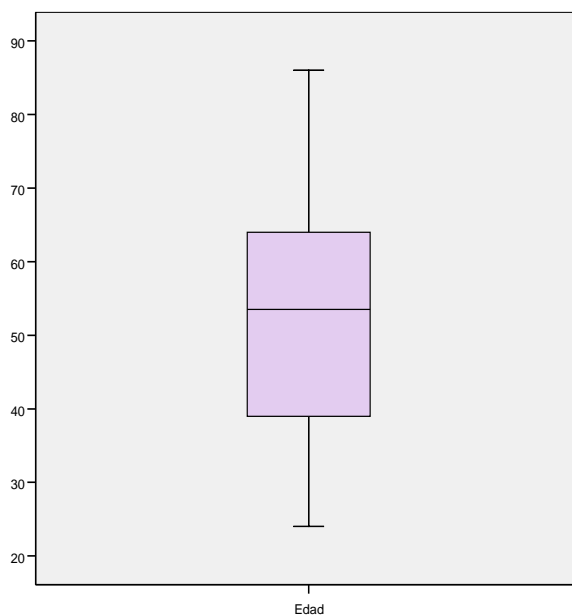
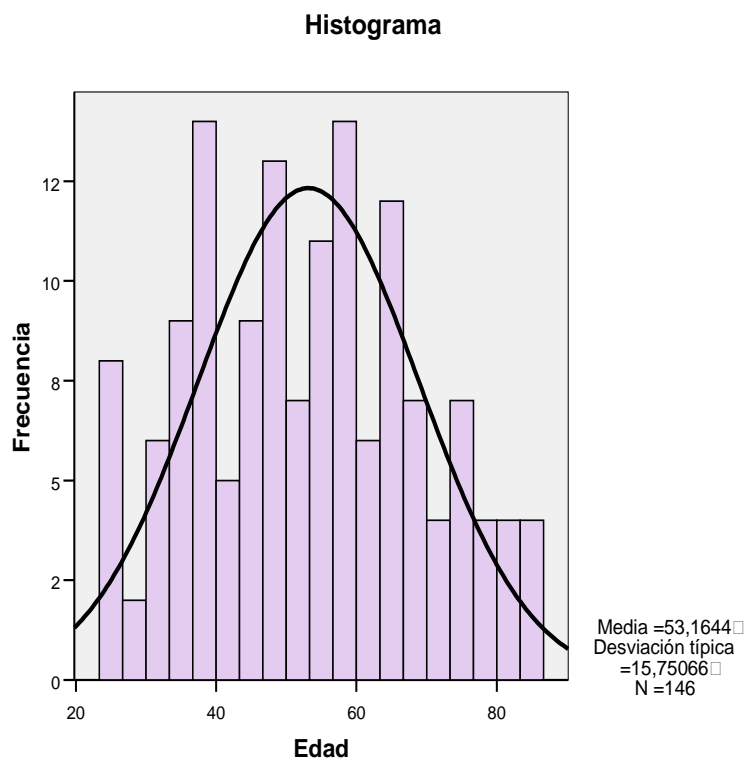
Se registró la edad que tenían las pacientes en el momento de la recogida de los datos. Los resultados para las pacientes que no han fallecido (146 casos) en el momento de la realización del estudio es el siguiente:

**Tabla 56: Descriptivos**

		Estadístico	Error típ.
<b>Edad</b>	Media	53.1644	1.30353
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	
		Límite superior	
		55.7408	
	Media recortada al 5%	53.0304	
	Mediana	53.5000	
	Varianza	248.083	
	Desv. típ.	15.75066	
	Mínimo	24.00	
	Máximo	86.00	
	Rango	62.00	
	Amplitud intercuartil	25.50	
	Asimetría	.099	.201
	Curtosis	-.849	.399

La edad media de las pacientes es de 53,2 años (IC95% 50,6 a 55,7). La mediana de edad es de 53,5 años. Las edades oscilan entre los 24 y los 86 años.

Gráfico 19: DISTRIBUCIÓN EDAD INICIO DE LA ENFERMEDAD



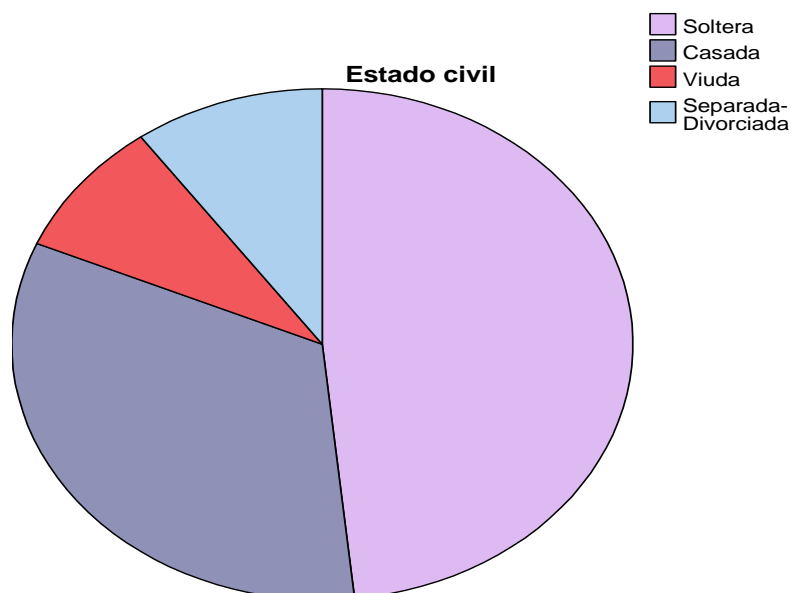
### 6.1.1.3 ESTADO CIVIL

El estado civil , se distribuyó de la manera siguiente, teniendo en cuenta que se han agrupado en una sola categoría las pacientes separadas y divorciadas.

**Tabla 57**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltera	73	48.3
	Casada	50	33.1
	Viuda	13	8.6
	Separada-divorciada	15	9.9
	Total	151	100.0

**Gráfico 20 : Estado Civil**



Puede verse que la situación más frecuente es la de soltera, que supone casi la mitad de la muestra (48.3%), seguida de las que están casadas (33.1%), y de un 9.9 de separadas.

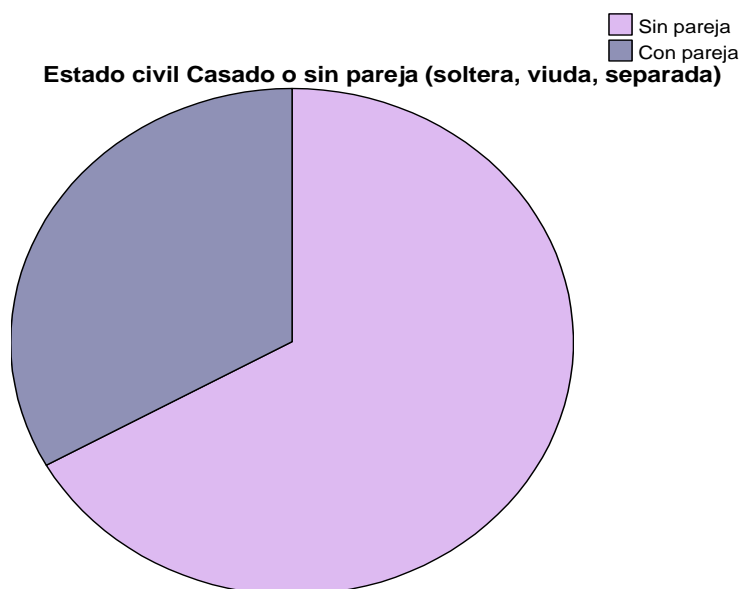
Que hemos agrupado también del siguiente modo:

**Tabla 57 bis: Estado civil Casado o sin pareja (soltera, viuda, separada)**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sin pareja	101	66.9
	Con pareja	50	33.1
	Total	151	100.0

Un alto número de mujeres con esquizofrenia 66.9% no tienen pareja (son solteras, separadas o viudas). Siendo el porcentaje de pacientes mujeres casadas del 33.1% del total.

**Gráfico 20 bis: Estado Civil agrupado**



#### 6.1.1.4 TIPO DE CONVIVENCIA

Se ha estudiado también la situación de convivencia de nuestras pacientes mujeres, dividiendo las distintas posibilidades en cinco grupos, incluyendo en la categoría “otros” a aquellas que conviven con otros familiares (abuelos, hermanos, tíos..) y otras personas no pertenecientes a la familia. Su distribución se expone a continuación:

**Tabla 58: Convivencia**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Solo	12	7.9
	Padres	45	29.8
	Cónyuge	27	17.9
	Cónyuge con hijos	22	14.6
	Otros	45	29.8
	Total	151	100.0

El 32.5% de las pacientes mujeres con Esquizofrenia conviven con familia propia (marido o con marido e hijos). Seguidas de las que viven con los padres (29.8%) y con otros (29.8%). Sólo únicamente viven un pequeño porcentaje (7.9%).

Si estudiamos la convivencia diferenciando aquellas que viven en residencia o piso tutelado , y agrupando las que conviven con familiares (familia propia, otros familiares) excepto los padres, encontramos que un 29.8 vive con los padres, la mayor parte conviven con otros familiares (53%), y un porcentaje similar a las que viven solas (7.9) lo hacen en residencias o pisos tutelados (9.3%).

**Tabla 58 bis: Convivencia codificada**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Solo	12	7.9	7.9	7.9
Con padres	45	29.8	29.8	37.7
Con familiares y otros	80	53.0	53.0	90.7
Residencia o piso tutelado	14	9.3	9.3	100.0
Total	151	100.0	100.0	

Hemos realizado un análisis de los pacientes que se encuentran en recursos residenciales o pisos tutelados. Solo 14 pacientes residen en un piso tutelado o en una residencia (9,3%). De estos siendo un 6% los que viven en residencia .

**Tabla 59: Recursos Residenciales**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos No	137	90.7
Residencia	9	6.0
Piso tutelado	5	3.3
Total	151	100.0

#### 6.1.1.5 NIVEL EDUCATIVO

El nivel educativo alcanzado por los pacientes fue agrupado de la siguiente manera:

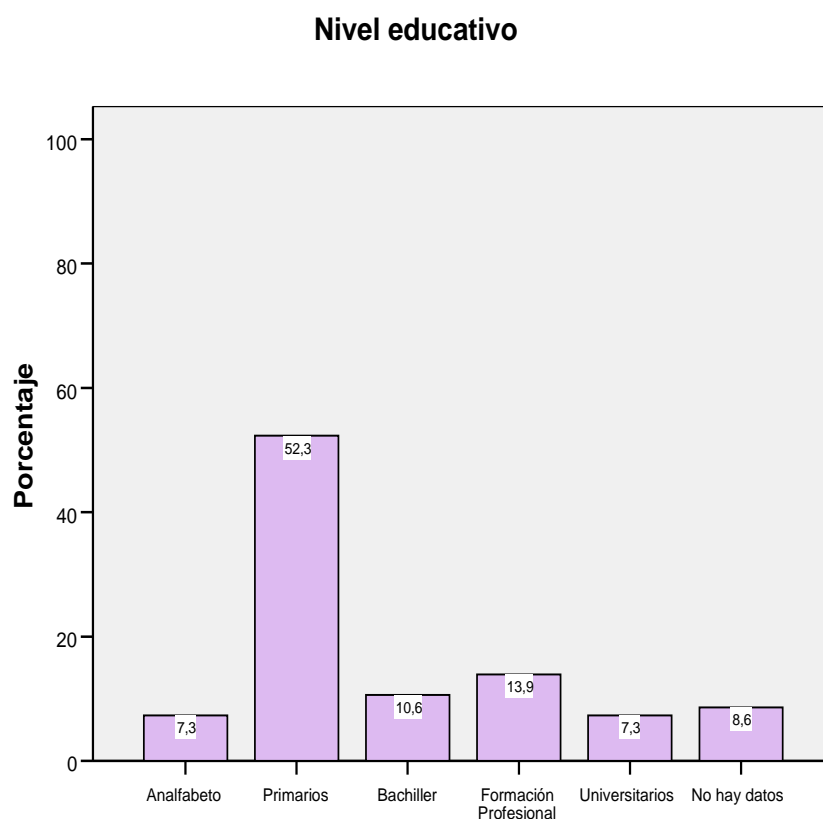
**Tabla 60: Nivel educativo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Analfabeto	11	7.3	8.0
Primarios	79	52.3	57.2
Bachiller	16	10.6	11.6
Formación profesional	21	13.9	15.2
Universitarios	11	7.3	8.0
Total	138	91.4	100.0
Perdidos (ND)	13	8.6	
Total	151	100.0	



Llama la atención el número de pacientes mujeres analfabetas (8%) , que junto a las pacientes con estudios primarios (completos o incompletos) constituyen el 65.2 % de la muestra. Sólo un 8% tiene estudios universitarios.

**Gráfico 21:**



#### 6.1.1.6 OCUPACIÓN. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Las ocupaciones de las mujeres con esquizofrenia estudiadas fueron agrupadas según aparece en la tabla siguiente.

El grupo mayoritario es la de ama de casa (44.4%) y trabajadoras no cualificadas (30.5%) , esta última ocupación fuera de casa suele ser con frecuencia en la limpieza , empleada de hogar o en almacén. Sólo un pequeño porcentaje son estudiantes (3.3%).

Tabla 61: Ocupación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Empresarios directivos	1	.7
	Trabajadores independientes	2	1.3
	Administrativos	11	7.3
	Militares	2	1.3
	Trabajador cualificado	6	4.0
	Trabajador no cualificado	46	30.5
	Ama de casa	67	44.4
	Profesiones liberales	3	2.0
	Jubilados retirados	2	1.3
	Estudiante	5	3.3
	No hay datos (ND)	6	4.0
	Total	151	100.0

Con el objeto de sintetizar estos niveles se han agrupado en cinco categorías que aparecen en la tabla siguiente.

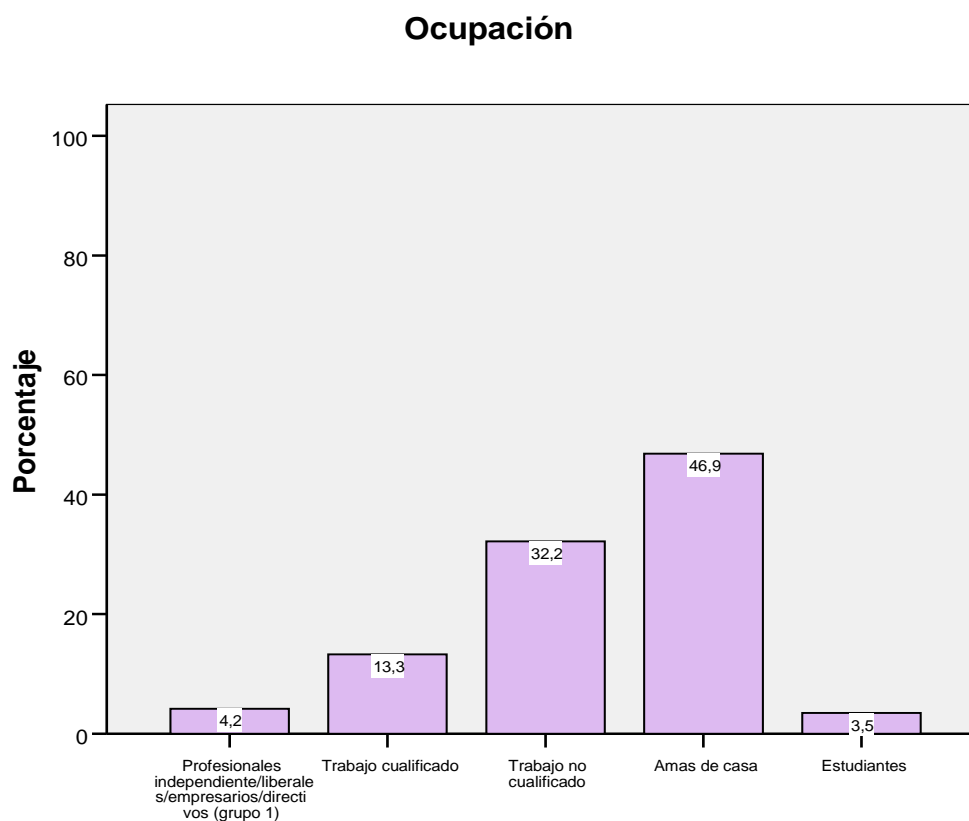
Sólo un 13% es trabajador cualificado, y un 4.2% una ocupación del grupo 1 (profesionales independientes/ liberales/ empresarios/ directivos).

Tabla 61 bis: Ocupación agrupada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Profesionales independiente/liberales/empresarios/directivos (grupo 1)	6	4.0	4.2	4.2
	Trabajo cualificado	19	12.6	13.3	17.5
	Trabajo no cualificado	46	30.5	32.2	49.7
	Amas de casa	67	44.4	46.9	96.5
	Estudiantes	5	3.3	3.5	100.0
	Total	143	94.7	100.0	
No Datos	(ND)	8	5.3		
Total		151	100.0		

Las pacientes 8276 (No actividad laboral, jubilación por minusvalía), y 9256 (Pensionista, jubilado) no hay referencia a ninguna actividad laboral previa. Se clasifican en el grupo de perdidos (ND).

Gráfico 22:



#### 6.1.1.7 SITUACIÓN LABORAL

En cuanto a la situación laboral destaca que solo un 11.6% trabajan, y un 26% tiene incapacidad laboral (temporal solo el 2.6 % y el resto permanente). Menos del 28% son pensionistas. Lo que quiere decir que quedan un 35.2% sin ningún tipo de ingreso propio. Lo que supone un alto porcentaje con dependencia económica.

Tabla 62: Situación laboral

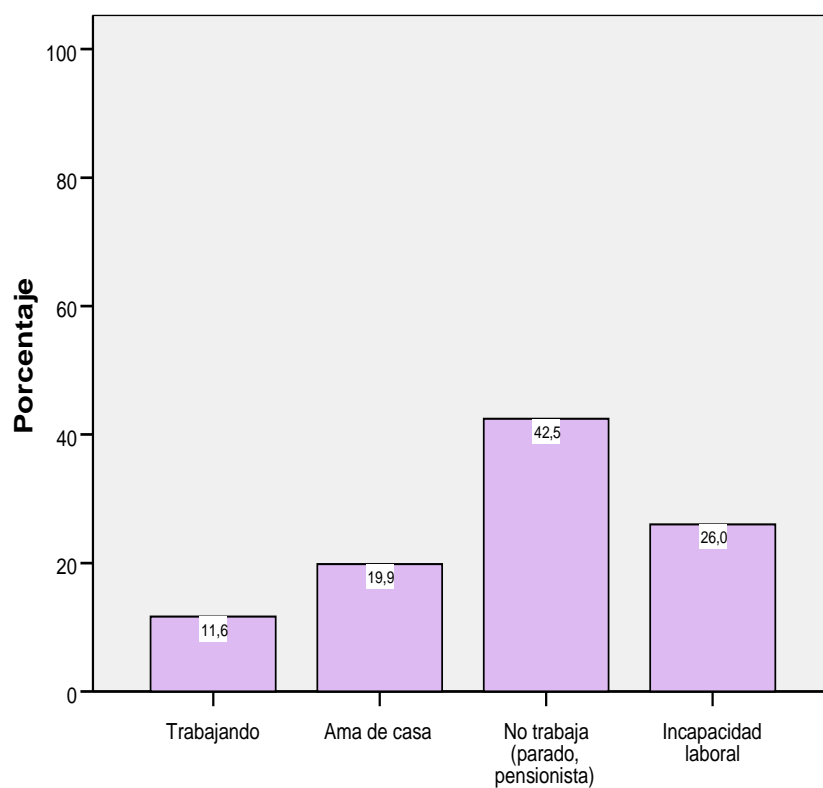
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Trabajando activo	17	11.3
	Parado	21	13.9
	Pensionista jubilado	41	27.2
	Labores del hogar	29	19.2
	I.L. Temporal	4	2.6
	I.L. Permanente	34	22.5
	No hay datos (ND)	5	3.3
	Total	151	100.0

Tabla 62 bis: Situación laboral agrupada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Trabajando	17	11.3	11.6
	Ama de casa	29	19.2	19.9
	No trabaja (parado, pensionista)	62	41.1	42.5
	Incapacidad laboral	38	25.2	26.0
	Total	146	96.7	100.0
Perdidos	Sistema	5	3.3	
Total		151	100.0	

Gráfico 23 :

## Situación laboral



### 6.1.1.8 CERTIFICADO Y GRADO DE MINUSVALÍA

Hemos analizado los casos en los que las pacientes tienen el reconocimiento de minusvalía o no lo tienen y sus características laborales y sociales.

El 21,2% de las pacientes tienen el reconocimiento de minusvalía (Certificado oficial de minusvalía de la Comunidad de Madrid)

**Tabla 63: Certificado de Minusvalía**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	119	78.8	78.8	78.8
Sí minusvalía	32	21.2	21.2	100.0
Total	151	100.0	100.0	

En la siguiente tabla mostramos los porcentajes de minusvalía concedidos (que figura en el Certificado oficial) que es conocido (consta en la Hª clínica). Solo en 17 de las 32 pacientes con certificado de minusvalía (53,1%) se conoce el porcentaje, que en promedio es del 64,24% (IC95% 58 a 70,5) con un mínimo de 42 y un máximo de 88%, y mediana del 65%.

**Tabla 64: Grado de minusvalía**

	Porcentaje de minusvalía	Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	42 %	1	5.9
	44 %	1	5.9
	51 %	1	5.9
	54 %	2	11.8
	65 %	4	23.5
	66 %	1	5.9
	67 %	2	11.8
	72 %	1	5.9
	73 %	1	5.9
	75 %	1	5.9
	79 %	1	5.9
	88 %	1	5.9
	Total	17	100.0
No Datos	(ND)	15	
Total		32	

Seleccionando a las mujeres cuya situación laboral es de Incapacidad laboral permanente (ILP), hemos estudiado la proporción de pacientes a las que se ha concedido el reconocimiento de minusvalía.

De las 34 mujeres con ILP el 64,7% (22) han solicitado la minusvalía.

**Tabla 65: Minusvalía concedida en mujeres con Incapacidad Laboral Permanente (ILP)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	12	35.3	35.3	35.3
	Sí minusvalía	22	64.7	64.7	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Las 10 mujeres que tienen certificado/reconocimiento de minusvalía concedido pero no tienen ILP, tienen la siguiente situación laboral:

**Tabla 66: Situación laboral**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pensionista jubilado	5	50.0	50.0	50.0
	Labores del hogar	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

## 6.1 .2 Diagnóstico

### 6.1.2.1 DIAGNÓSTICO RECIBIDO

Las mujeres con Esquizofrenia incluidas en el estudio presentan una evolución en el diagnóstico inicial ,con el que debutan recogido en la Historia, hasta llegar al diagnóstico final actual . Los cambios en el diagnóstico se han recogido, al igual que las enfermedades psiquiátricas asociadas para realizar el estudio de la variabilidad y evolución diagnóstica.

#### 6.1.2.1.1 SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL

En la siguiente tabla se resume el primer Juicio diagnóstico que se realiza a las pacientes , recogido en la Historia Clínica en su evaluación.

Tabla 67 : Diagnóstico Inicial

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	291.8 Psic. Alcohólica	1	.7
	292.1 Psic. Tóxica	1	.7
	295 Esq.	1	.7
	295 Esq. Crónica	1	.7
	295.0 Esq. Simple	2	1.3
	295.1 Esq. Hebefrénica	4	2.6
	295.1 “ + CI Limite + distimias depresivas	1	.7
	295.2 Esq. Catatónica	2	1.3
	295.2 Esq. Catatonica	1	.7
	295.3 Esq. Paranoide	51	33.8
	295.3 “ + Retraso Mental	1	.7
	295.3 Esq. Paranoide	1	.7
	295.4 Ep. Esq. Agudo	5	3.3
	295.6 Esq. Residual	10	6.6
	295.6 Paranoide	3	2.0
	295.7 Esquizoafectivo	4	2.6
	295.8 Otra	2	1.3
	295.9 Sin especificar	3	2.0
	295.9 “ + CI Limite	1	.7
	296.3 Psic. M-D, fase D	1	.7
	297 Estado Paranoide	1	.7
	297.0 Est. Paran. Simple	1	.7
	297.1 Paranoia	1	.7
	297.1 “	1	.7
	297.2 Parafrenia	1	.7
	298.0 + 304.5 + 305.0	1	.7
	298.3 Reac. Paran. Agud	2	1.3
	298.4 Psic. Paran.Psicóg.	1	.7
	298.8 Otras Psic. Reactiv	1	.7
	298.9 Psic. no especific.	2	1.3
	298.9 “ + 317	1	.7
	298.9 Psic. no especific.	1	.7
	298.9 Psic. Psicogena	1	.7
	301.0 Personalid. Paran.	1	.7
	301.9 Personalid. Limite	1	.7
	298 + 303 + 301	1	.7
	295.4 + 317	1	.7
	295.1 + 317 + 62.89	1	.7
	Brote Psicótico	3	2.0
	292.1 Brote Psicótico 2º a tóxicos	1	.7

Depresión delirante	2	1.3
Depresión endógena	1	.7
Depresión mayor	1	.7
Depresión puerperal	1	.7
Depresión mayor I	1	.7
295.3 Esq. Paranoide	1	.7
295.3 Esq. Paranoide	1	.7
Epilepsia Temporal	1	.7
Episodio Disociativo	1	.7
295.1 Esq. Hebefrénica	1	.7
T. Esquizofrenóide	1	.7
T. Esquizoafectivo	2	1.3
295.3 + Oligofrenia	1	.7
Psicopatía	1	.7
Psicosis Paranoide	2	1.3
Psicosis Paranoide Aguda	1	.7
Psicosis Puerperal	1	.7
Psicosis reactiva Breve	1	.7
Psicosis sin especificar	6	4.0
Psicosis tóxica	1	.7
T. Delirante no filiado	1	.7
T. Esquizofreniforme	1	.7
T. Esquizofreniforme	1	.7
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>

A partir de los datos recogidos analizamos los Subtipos de inicio en la muestra de pacientes estudiadas.

**Tabla 68: Subtipo diagnóstico inicial**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	295.0 Esquizofrenia	5	3.3
	295.1 E. Hebefrénica	8	5.3
	295.2 E. Catatónica	3	2.0
	295.3 E. Paranoide	86	57.0
	295.4 Episod. esquizofrenico agudo	8	5.3
	295.5 E. Latente	1	.7
	295.6 E. Residual	15	9.9
	295.7 Esquizoafectivo	17	11.3
	295.8 Otras	2	1.3
	295.9 Sin especificar	6	4.0
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>



El subtipo de inicio predominante es el 295.3 E. Paranoide que representa el 57% de los casos. Sigue a mucha distancia el subtipo 295.7 E. Esquizoafectivo (11,3%) y 295.6 Residual (9,9%).

#### 6.1.2.1.2 SUBTIPO DIAGNÓSTICO FINAL

Mostramos a continuación los resultados obtenidos tras analizar el diagnóstico final más reciente de las pacientes.

**Tabla 69: Subtipo Diagnóstico final**

			Frecuencia	Porcentaje
Válidos	295.0	Esquizofrenia	3	2.0
	295.1	E. Hebefrénica	2	1.3
	295.2	E. Catatónica	3	2.0
	295.3	E. Paranoide	75	49.7
	295.4	Episodio esquizofrenico agudo	3	2.0
	295.5	E. Latente	1	.7
	295.6	E. Residual	37	24.5
	295.7	Esquizoafectivo	21	13.9
	295.8	Otras	3	2.0
	295.9	Sin especificar	3	2.0
	<b>Total</b>		<b>151</b>	<b>100.0</b>

De nuevo el diagnóstico más frecuente es el 295.3 E. Paranoide (49,7%). Aumenta en frecuencia los diagnósticos de E. Residual 295.6 (24,5%) , destacando el aumento del número de 295.7 Esquizoafectivo (13.9%).

Diagnóstico final

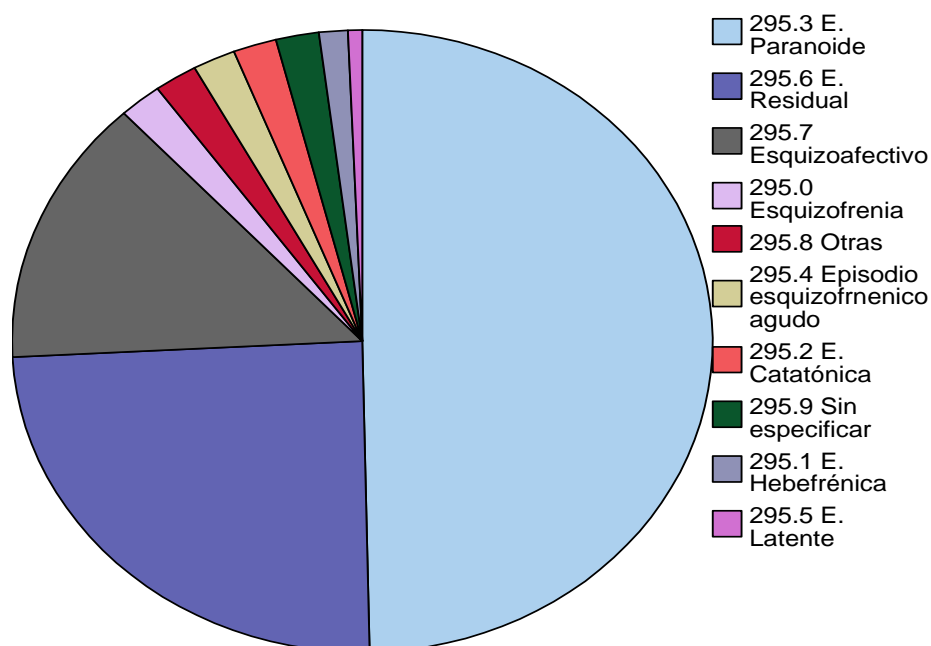


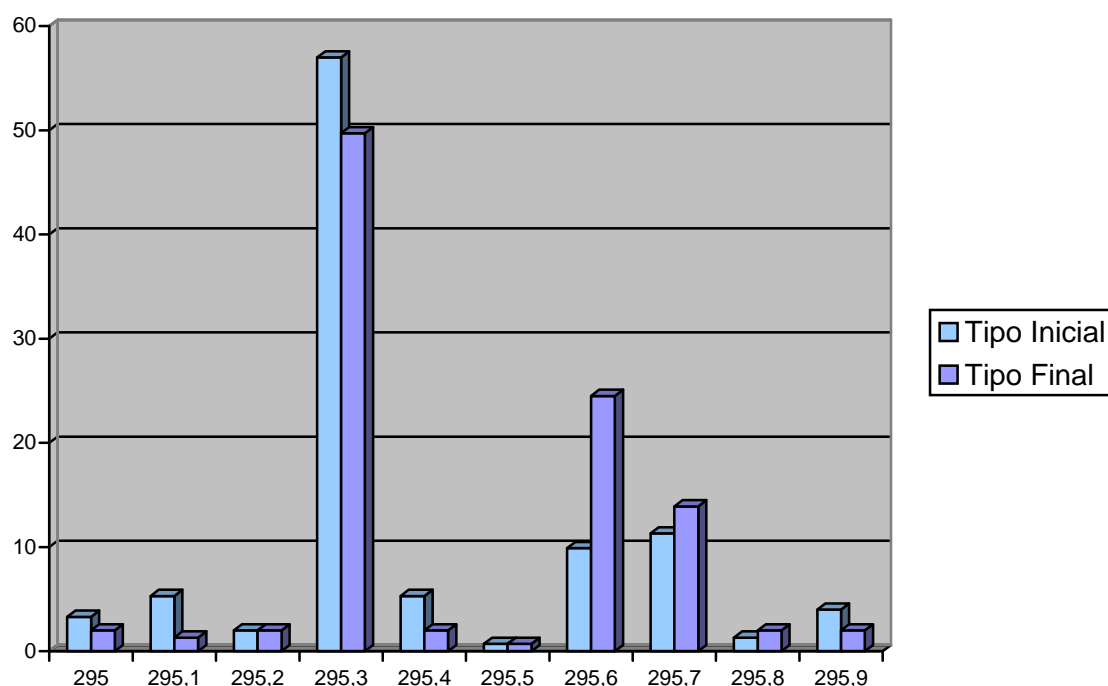
Gráfico 24

En la siguiente tabla y gráfico mostramos *la evolución de los subtipos diagnósticos de Esquizofrenia*, es decir el recibido en el primer contacto con el CSM y el diagnóstico final más reciente, se recoge así la evolución de los subtipos diagnósticos encontrados :

Tabla 70: Subtipo diagnóstico inicial y final

			Porcentaje Dx Inicial	Porcentaje Dx Final
Válidos	295.0	Esquizofrenia	3.3	2.0
	295.1	E. Hebefrénica	5.3	1.3
	295.2	E. Catatónica	2.0	2.0
	295.3	E. Paranoide	57.0	49.7
	295.4	Episodio esquizofrenico agudo	5.3	2.0
	295.5	E. Latente	.7	.7
	295.6	E. Residual	9.9	24.5
	295.7	Esquizoafectivo	11.3	13.9
	295.8	Otras	1.3	2.0
	295.9	Sin especificar	4.0	2.0
	<b>Total</b>		<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**Gráfico 25:** Evolución de los subtipos diagnósticos de Esquizofrenia. Subtipo de inicio y el diagnóstico final más reciente:



#### 6.1.2.2 VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA

Al ser un estudio longitudinal y retrospectivo nos ha permitido estudiar que porcentaje de mujeres con un diagnóstico inicial de *“primer episodio psicótico”, “psicosis aguda”, “psicosis breve”* y *“trastorno esquizofreniforme”*, evolucionaron en los años siguientes a otros diagnósticos, unos hacia trastornos de la esfera afectiva y el resto dentro del espectro esquizofrénico.

Varios estudios señalan **la estabilidad diagnóstica** en los primeros episodios del diagnóstico de esquizofrenia (95%) o manía bipolar (85%), frente a la baja persistencia del diagnóstico de T. Esquizofreniforme (Iancu, 2002; Keshavan, 1999; Strakowsky, 1994; Benazzi, 1998; Chinchilla, 1996). Aunque existen pocos estudios sobre el T. Esquizofreniforme, se estima que su prevalencia anual es del 0,1%, y la acumulada del 0,2%, representando un porcentaje inferior al 5% de todos los primeros episodios psicóticos.

El T. Esquizofreniforme en la CIE no tiene una categoría correspondiente aparte (como ocurre en el DSM), codificándose como 295.4 en la CIE-9, y en la CIE-10 como “Otra esquizofrenia (F20.8)”.

#### 6.1.2.2.1 VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS NO CASOS

Del total de 239 mujeres con diagnóstico de Esquizofrenia (295.0 -295.9 CIE-9) identificadas en el registro acumulativo de casos (RCP) en el periodo estudiado (1986 - 2006), tras la revisión del total de sus Historias , encontramos que 86 correspondían a mujeres con otros diagnósticos finales.

Todas estas pacientes cuyo diagnóstico inicial recogido en el RCP cambió en los años siguientes, o evolucionaron a otros trastornos, fueron considerados como NO CASOS y excluidos de la muestra de estudio.

De estas **86 mujeres con otros diagnósticos finales** , que llamaremos **NO CASOS**, un pequeño porcentaje corresponde a errores al introducir / teclear los datos (en el número de código). En dos casos la historia no pudo ser recuperada , otros dos son códigos V .

De ellas continúan en tratamiento en el CSM un 16.2% ( 14 mujeres) y no siguen en tratamiento el 83.7% ( 72 mujeres). En el estudio de las pacientes que no siguen en tratamiento encontramos que en un caso el motivo es por fallecimiento (tumor hepático), no constando ningún suicidio. El resto no sigue tratamiento por abandono o alta clínica (constando solo un alta por mejoría).

La mayor parte como era de esperar, un 83.7%, no siguen en tratamiento, dada la evolución del trastorno al tratarse de episodios agudos únicos, reactivos , o puntuales dentro de otra patología de base orgánica o neurótica .

**Tabla 71: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA**

NO CASOS	Nº	PORCENTAJE
NO SIGUEN EN TRATAMIENTO	72	<b>83.72 %</b>
SIGUEN EN TRATAMIENTO	14	<b>16.27 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Encontramos que el 41.8% ( 36 mujeres) inicialmente diagnosticadas como “trastorno psicótico sin especificar”, en la historia clínica se registraba su evolución hacia un tipo específico de psicosis para el que cumplía los criterios ICD-9 :

*Trast. Bipolar* en el 19.7% (17 mujeres), *Trast. Delirante crónico (T. Paranoide, Parafrenia)* en el 4.6% (4 mujeres), *Trast. psicóticos orgánicos ( Enf. de parkinson, Alzheimer, por tóxicos o alcohol)* en el 9.3% de las mujeres ( 8 pacientes), por lo que fueron excluidas de la muestra de estudio .

Siete de las pacientes (un 8.1%) inicialmente diagnosticados como “otros trastornos psicóticos” (que incluyen “*brote psicótico*”, “*episodio psicótico agudo*”, “*psicosis sin especificar*” o “*t. esquizotípico*”) en la historia clínica se había mantenido este Dx o evolucionado hacia otro tipo de trastorno distinto a la Esquizofrenia.

**Tabla 72 :** ESTUDIO VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA EN LOS  
NO CASOS

DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	%
<b>T. PSICOTICOS</b>	<b>36</b>	<b>41.86</b>
-T. BIPOLARES	17	19.76
-T. DELIRANTE CRÓNICO	4	4.65
-T. PSIC. ORGÁNICOS	8	9.30
- Enf. Parkinson	1	
-Alzheimer	1	
-Tóxicos	3	
- Alcohol	3	
-OTROS TRAST. PSIC.	7	8.13
- Psic. sin especificar	1	
- Psc. inducida,	2	
- Psic. aguda/breve	2	
- T.Esquizotípico	1	
- Ep. Psic. aislado	1	
<b>NEUROSIS</b>	<b>26</b>	<b>30.23</b>
<b>OTROS TRAST:</b>	<b>16</b>	<b>18.61</b>
-TRAST. PERSONALIDAD	2	2.32
- T. ADAPT. Y DEPRES,	8	9.30
- OTROS	6	6.97
<b>NO ENF. MENTAL / /Cod. V/ NO CONSTA</b>	<b>8</b>	<b>9.30</b>
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Un 30.2% correspondían a diagnósticos del grupo Neurosis (26 pacientes), un 18.6% (16 mujeres) correspondían a otros trastornos (2 trast. de personalidad, 8 a trast. adaptativos y depresivos no especificados, 1 trast. de conducta, 1 estrés agudo, y 2 a trast.somatormorfos ). El 9,3% corresponde a códigos V, o no constan.

#### 6.1.2.2.2 VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS CASOS

De las 239 pacientes inicialmente incluidas en el RCP dentro de algún subtipo de esquizofrenia en el periodo de veinte años estudiado, se confirmaron como casos tras revisar todas las historias clínicas por el investigador, un total de **151 mujeres**.

Del total de mujeres con Esquizofrenia que fueron incluidas en el estudio (n=151), han recibido

-**un único diagnóstico** desde el inicio de su enfermedad un 47,7% ( 72 casos ) .

-Reciben **un segundo diagnóstico** un 52,3% (79 casos)

-Se realiza **un tercer diagnóstico** en un 22,5% ( 34 pacientes)

-**y un cuarto diagnóstico** en un 3,97% (6 mujeres )

Si estudiamos dentro de la muestra de mujeres con Esquizofrenia la variabilidad diagnóstica de cada uno de los dos subgrupos bien diferenciados que encontramos, aquellas que siguen en tratamiento actualmente en el CSM y el de aquellas que no siguen en tratamiento, y comparamos la variabilidad diagnóstica de ambos entre sí encontramos:

#### 1- MUJERES CON ESQUIZOFRENIA QUE SIGUEN EN TRATAMIENTO

(n=72)

Nº DE DX DIFERENTES	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
<b>-TRES O MÁS (DISTINTOS DE 295.6)</b>	<b>18</b>	<b>25%</b>
Tres Dx (uno de ellos TBP ) Esq/ TBP/ EsqAfect	5 (27.7%)	6.9%
Tres Dx (uno de ellos EsqAfect) Otras Psic/Esq/ EsqAfect	3 (16.6%)	4.1%
Casos con Dx primario trast. afectivo (EsqAfectivo o TBP)	8 (44.3%)	11.0%
<b>-DOS DX (2º DISTINTO DE 295.6)</b>	<b>16</b>	<b>22.2,%</b>

Destaca que un 47.2% a lo largo de todos los años de tratamiento han recibido *dos diagnósticos diferentes o más*, de los cuales un 25% ha recibido *tres diagnósticos o más*, siendo uno de ellos de TBP hasta en un 27% de los casos que han recibido tres diagnósticos, y *con síntomas afectivos primarios* ( con uno de los Dx recibidos de Trast. Esquizaafectivo o TBP) encontramos en un 44,3% de las mujeres con Esquizofrenia que siguen en tratamiento y que han recibido más de tres diagnósticos .

En la siguiente tabla se detalla el primer diagnóstico recibido y los casos con trastorno comórbido ,diagnóstico asociado de *Cl límite o bajo* en un 12% de mujeres con Esquizofrenia que siguen en tratamiento, y en un 1.3% se asocia con *epilepsia*.

Tabla 74:

PRIMER DIAGNÓSTICO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
<b>-GRUPO ESQUIZOFRENIA</b>	<b>16</b>	<b>21%</b>
-Otras Esq. (295.8 CIE-9) T.Esquizofreniforme	3	
- Ep. Esq. Agudo (295.4)	5	
- Esq. sin especificar (295.9)	3	
- Subtipo de Esq. diferente al final (295.1, 295.3 → 295.3, 295.7)	5	
<b>-OTRAS PSICOSIS</b>	<b>15</b>	<b>20%</b>
-T. PARANOIDE (297.0 /.1 /.2)	7	9,3%
-PSICOSIS AGUDA SIN ESP. (298.0/.3/.4/.9)	6	8%
-PSICOSIS TÓXICA (292.1)	1	1,3%
-PSICOSIS PUERPERAL	1	1,3%
<b>-T.AFECTIVO</b>		<b>1,3%</b>
-DEPRESIÓN DELIRANTE	1	
<b>CASOS ASOCIADOS CON : -CI BAJO/LIMITE :</b>	<b>9</b>	<b>12%</b>
<b>-EPILEPSIA</b>	<b>1</b>	<b>1,3%</b>
<b>-T.PERSON. (LIMITE)</b>	<b>2</b>	<b>2,6%</b>

## 2- MUJERES CON ESQUIZOFRENIA QUE NO SIGUEN TRATAMIENTO (n=79)

Tabla 75:

Nº DE DX DIFERENTES	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
<b>-TRES O MÁS (DISTINTOS DE 295.6)</b>	<b>8</b>	<b>10.1%</b>
Tres Dx (uno de ellos TBP ) Esq/ TBP/ EsqAfect	3 (37.5%)	3.7%
Tres Dx (uno de ellos EsqAfect) Otras Psic/Esq/ EsqAfect	2 (25%)	2.5%
Casos con Dx primario trast. afectivo (EsqAfectivo o TBP)	5 (62.5%)	6.3%
<b>-DOS DX (2º DISTINTO DE 295.6)</b>	<b>31</b>	<b>39,2%</b>

En estos sólo un 10% han recibido tres diagnósticos diferentes o más , frente al 24% de las mujeres que siguen en tratamiento.

Es decir encontramos que cuando se mantiene el tratamiento y por tanto se realiza un seguimiento a lo largo de muchos años de las pacientes, el porcentaje de casos que a lo largo de su evolución ,en algún periodo de su enfermedad se añaden síntomas compatibles con otro subtipo diferente de Esquizofrenia o incluso con otra psicosis no esquizofrénica, sobretodo síntomas afectivos ( y que cumplen criterios diagnósticos CIE-9 para trast. Esquizoafectivo o incluso TBP) es frecuente.

Tabla 76:

<b>PRIMER DIAGNÓSTICO</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>-GRUPO ESQUIZOFRENIA</b>	<b>15</b>	<b>18,7%</b>
-Otras Esq. (295.8 CIE-9) T.Esquizofreniforme	-	
- Ep. Esq. Agudo (295.4)	3	
- Esq. sin especificar (295.9)	2	
- Subtipo de Esq. diferente al final (295.0, 295.1, 295.3 → 295.3, 295.7)	10	
<b>-OTRAS PSICOSIS</b>	<b>18</b>	<b>22,5%</b>
-T. PARANOIDE (297.0 /.1 /.2)	3	3,7%
-PSICOSIS AGUDA SIN ESP. (298.0/.3/.4/.9)	11	13,75
-PSICOSIS TÓXICA (292.1)	3	3,7%
-PSICOSIS PUERPERAL	1	1,2%
<b>-T.AFECTIVO</b>		
-DEPRESIÓN DELIRANTE	5	6,2%
<b>CASOS ASOCIADOS CON : -CI BAJO/LIMITE :</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>
<b>-T.PERSONALIDAD</b> (PSICOPÁTICA)	<b>1</b>	<b>1,2%</b>

Resumen de la distribución de diagnósticos entre los dos grupos de pacientes que continúan o no en el centro no muestra diferencias significativas en el subtipo de inicio ni en el diagnóstico final:

Tabla 77:

		Grupo			
		Pacientes que <b>NO</b> siguen en tratamiento		Pacientes que <b>siguen</b> en tratamiento	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo Dx de inicio</b>	295.0 Esquizofrenia	3	3.8%	2	2.8%
	295.1 E. Hebefrénica	5	6.3%	3	4.2%
	295.2 E. Catatónica	1	1.3%	2	2.8%
	295.3 E. Paranoide	41	51.9%	45	62.5%
	295.4 Episodio esquizofrenico agudo	6	7.6%	2	2.8%
	295.5 E. Latente	1	1.3%	0	.0%
	295.6 E. Residual	9	11.4%	6	8.3%
	295.7 Esquizoafectivo	7	8.9%	10	13.9%
	295.8 Otras	2	2.5%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	4	5.1%	2	2.8%



		Grupo			
		Pacientes que <b>NO siguen en tratamiento</b>		Pacientes que <b>siguen en tratamiento</b>	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo Dx final</b>	295.0 Esquizofrenia	2	2.5%	1	1.4%
	295.1 E. Hebefrénica	1	1.3%	1	1.4%
	295.2 E. Catatónica	1	1.3%	2	2.8%
	295.3 E. Paranoide	39	49.4%	36	50.0%
	295.4 Episodio esquizofrenico agudo	3	3.8%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	1.3%	0	.0%
	295.6 E. Residual	18	22.8%	19	26.4%
	295.7 Esquizoafectivo	9	11.4%	12	16.7%
	295.8 Otras	3	3.8%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	2	2.5%	1	1.4%

### 6.1.3 Características clínicas de la enfermedad

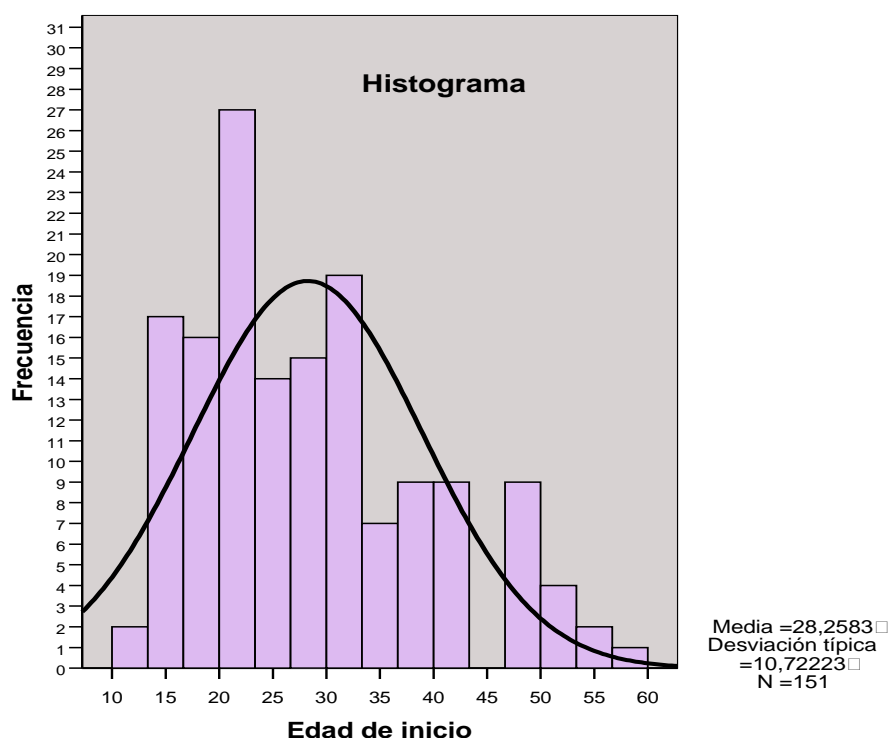
#### 6.1.3.1 EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD

La edad de inicio de la enfermedad, definida como edad inicio de los síntomas psicóticos (age at onset of gross psychotic symptoms) queda registrada en las 151 pacientes incluidas en el estudio. En promedio comienza la enfermedad a los 28,3 años (IC95% 26,5 a 30), con una mediana de 26 años, con edades comprendidas entre los 11 y los 58 años.

**Tabla 78: Descriptivos**

			Estadístico	Error típ.
Edad de inicio	Media		28.2583	.87256
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	26.5342	
		Límite superior	29.9824	
	Media recortada al 5%		27.7322	
	Mediana		26.0000	
	Varianza		114.966	
	Desv. típ.		10.72223	
	Mínimo		11.00	
	Máximo		58.00	
	Rango		47.00	
	Amplitud intercuartil		15.00	
	Asimetría		.706	
	Curtosis		-.297	
				.197
				.392

Gráfico 26



Con el objetivo de poder realizar comparaciones con las publicaciones relacionadas con la esquizofrenia en mujeres, hemos estudiado dos grupos de pacientes con la edad de corte en los 45 años, límite recogido en la literatura para el comienzo de las psicosis tardías.

Aquellas con edad de inicio de la enfermedad anterior a los 45 años y los casos de mujeres con inicio tardío (de edad de inicio mayor de 45 años).

El 10,6% de las mujeres (16 casos) tienen **inicio tardío** de la enfermedad, y en el 89,45 el inicio es anterior a los 45 años.

**Tabla 79: Inicio anterior a los 45 años o Tardío ( $\geq 45$  años)**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Inicio <45 a	135	89.4
	Inicio tardío ( $\geq 45$ años)	16	10.6
	Total	151	100.0

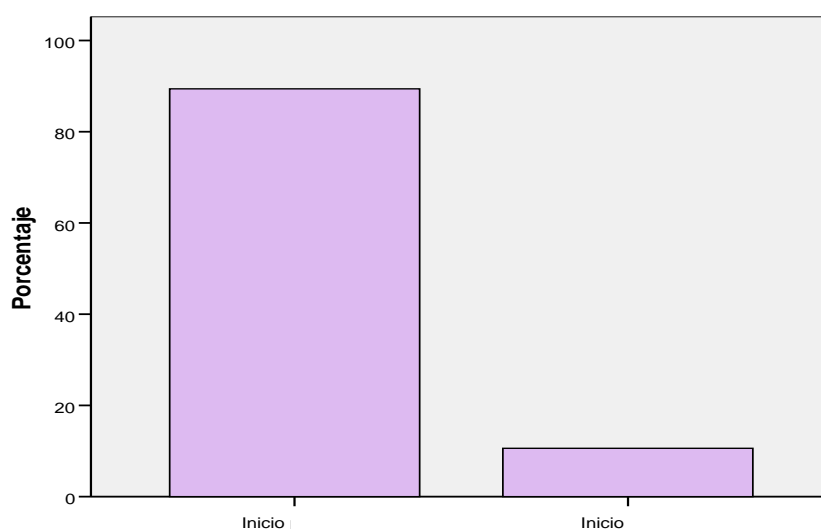
De los 135 casos de inicio anterior a los 45 años hemos encontrado 72 casos con un inicio de la enfermedad antes de los 25 años, un 47.7% del total.

El 41.7% de las mujeres la esquizofrenia se inicia entre los 25 y los 45 años.

Tabla 80: Inicio &lt;= 25 años y mayor de 26 años

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Inicio <= 25 años	72	47.7
	Inicio > 26 años	79	52.3
	Total	151	100.0

Gráfico 27: Inicio &lt;= 25 años y mayor de 26 años



Hemos analizado la edad de inicio de la enfermedad **en función del diagnóstico final**, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 81:

		Edad de inicio					
		Recuento	Media	Desviación típica	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Diagnóstico final</b> codificado	295.0 Esquizofrenia	3	21.67	4.04	21.00	18.00	26.00
	295.1 E. Hebefrénica	2	18.00	1.41	18.00	17.00	19.00
	295.2 E. Catatónica	3	23.33	9.50	23.00	14.00	33.00
	295.3 E. Paranoide	75	29.05	10.59	27.00	11.00	54.00
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	3	17.00	2.65	16.00	15.00	20.00
	295.5 E. Latente	1	18.00	.	18.00	18.00	18.00
	295.6 E. Residual	37	28.65	10.58	29.00	14.00	50.00
	295.7 Esquizoafectivo	21	29.33	10.55	26.00	15.00	52.00
	295.8 Otras	3	22.67	13.28	15.00	15.00	38.00
	295.9 Sin especificar	3	34.67	21.39	30.00	16.00	58.00

Los histogramas correspondientes a los grupos diagnósticos más frecuentes se muestran a continuación, para estudiar la posibilidad de distribuciones bimodales.

Podemos observar en el gráfico que incluye a la totalidad de las pacientes, y en el grupo paranoide y esquizoafectivo que son los más frecuentes, que desde los 43 a los 47 años ninguna paciente inicia la enfermedad, y antes y después de esta edad existe manifestación de la enfermedad.

Se puede interpretar esta distribución como dos momentos de aparición de la enfermedad.

**Gráfico 28:**

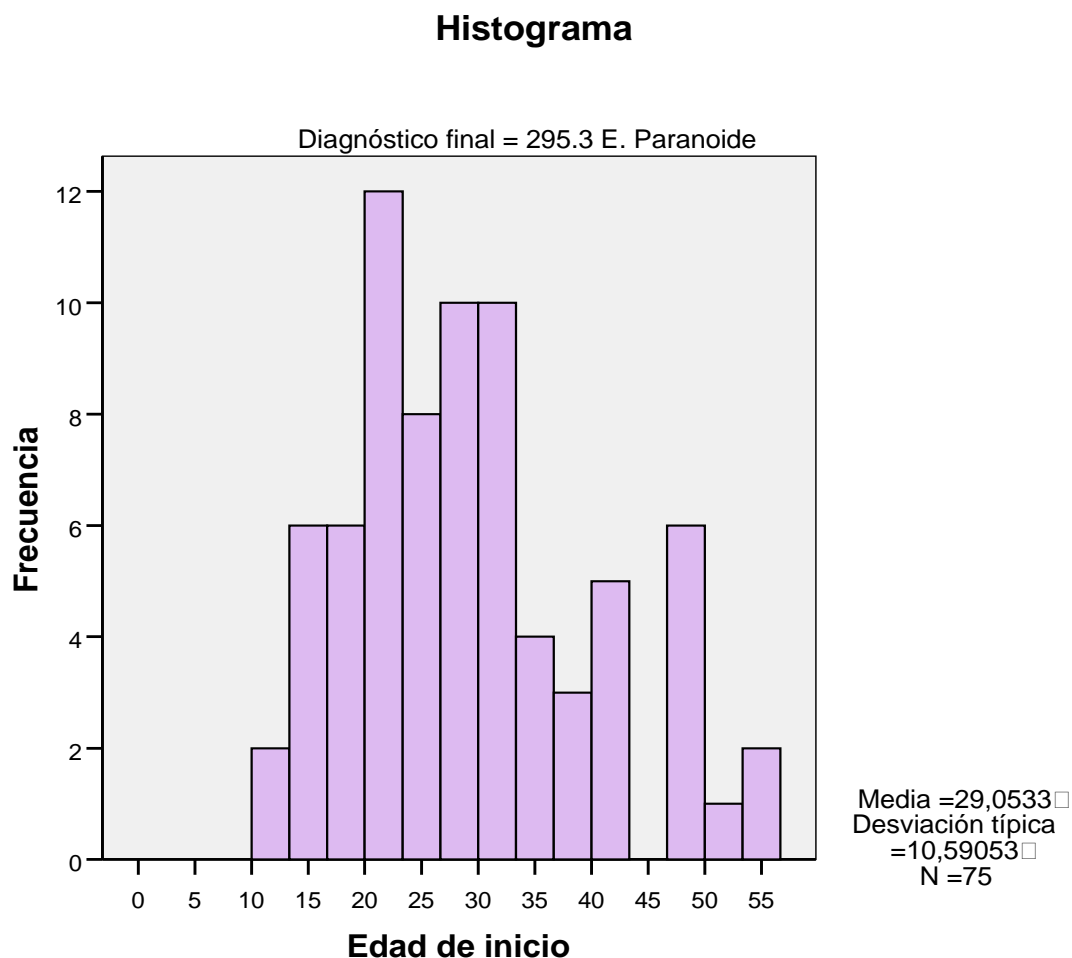


Gráfico 29:

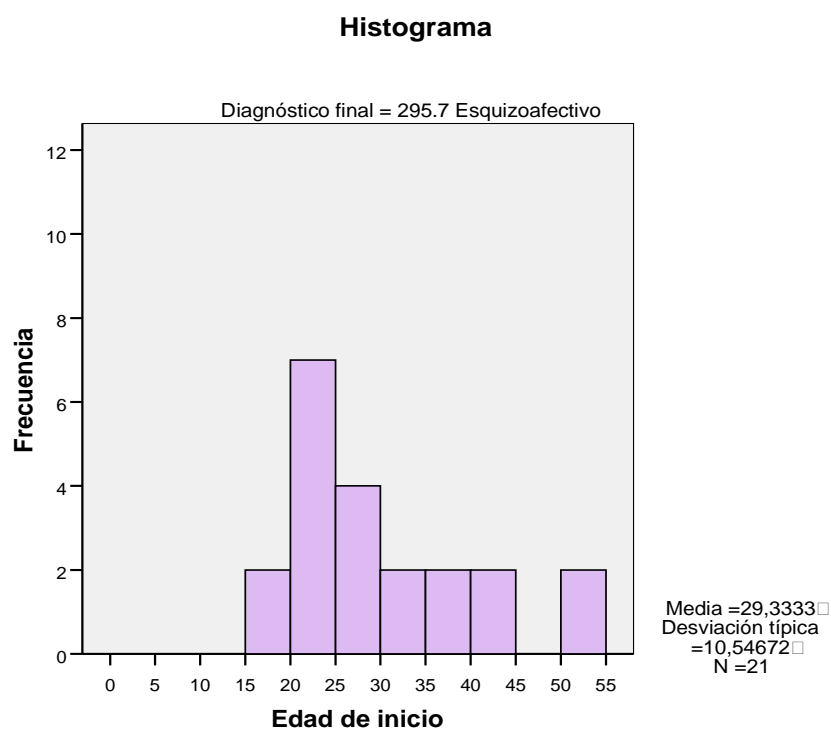
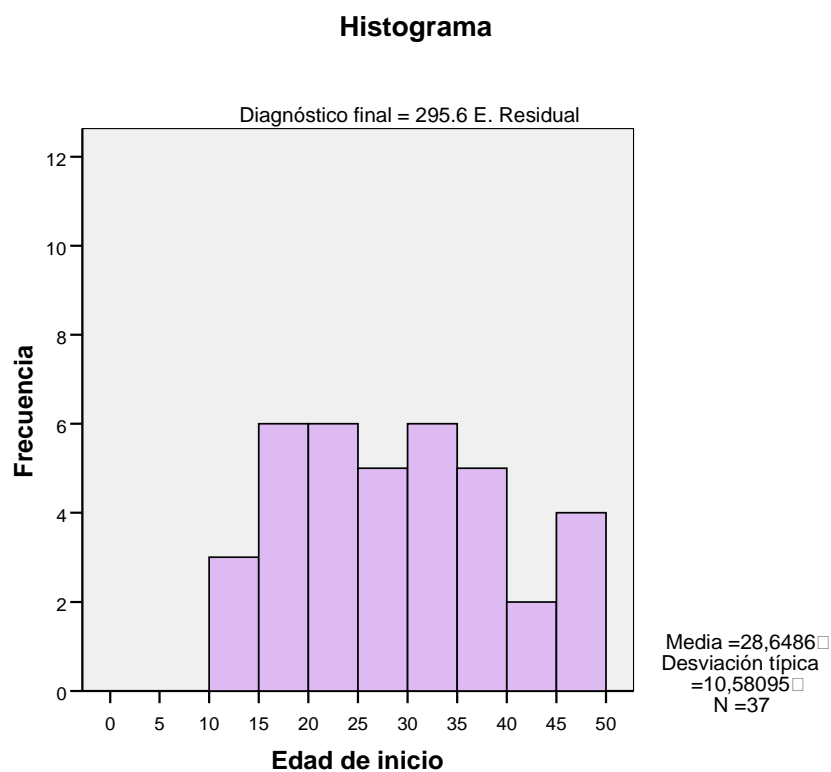


Gráfico 30:



### 6.1.3.2 FORMA INICIO DE LA ENFERMEDAD

La forma de inicio de la enfermedad no consta en un elevado porcentaje de pacientes (22,5%, 34 casos). El inicio es agudo en el 38,5% y subagudo en el 61,5%.

**Tabla 82: Inicio de la enfermedad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Agudo	45	29.8	38.5
	Subagudo	72	47.7	61.5
	Total	117	77.5	100.0
Perdidos	Sistema	34	22.5	
Total		151	100.0	

El inicio de la enfermedad es agudo en un 38,5 %, predominando el comienzo subagudo en el 61,5% de los casos.

Se relaciona con estresores en el 23,3% de las pacientes, pero este dato no queda registrado en la historia en el 43% de las pacientes, pudiendo deberse esto último por tanto a que no está relacionado su inicio con ningún estresor o a que simplemente no fue recogido en la historia por el psiquiatra.

**Tabla 83: Inicio de la enfermedad relacionado con estresores**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	66	43.7	76.7
	Sí	20	13.2	23.3
	Total	86	57.0	100.0
Perdidos	Sistema	65	43.0	
Total		151	100.0	

El inicio de la enfermedad se relaciona con drogas en el 91.4% de las pacientes en las que este dato queda registrado (85 casos). En 58 casos (38.4%) no se registra este dato en la historia clínica.

**Tabla 84: Inicio de la enfermedad relacionado con drogas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	8	5.3	8.6
	Sí	85	56.3	91.4
	Total	93	61.6	100.0
Perdidos	Sistema	58	38.4	
Total		151	100.0	

### 6.1.3.3 EDAD DEL PRIMER INGRESO

Del total de mujeres con Esquizofrenia (151), el 21,1% (32 pacientes) no han ingresado nunca. En las mujeres que han sido ingresadas alguna vez (119), la edad en el primer ingreso constaba en 116 pacientes (97,5%). En promedio la edad era de 30,6 años en el primer ingreso (IC95% 28,7 a 32,5), con una mediana de 28,4 años, con edades que oscilan entre los 13,7 y los 56,5 años.

**Tabla 85: Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos (ND)		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad en el primer ingreso	116	97.5%	3	2.5%	119	100.0%

**Tabla 86: Descriptivos**

			Estadístico	Error típ.
Edad en el primer ingreso	Media		30.6005	.96864
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	28.6818	
		Límite superior	32.5192	
	Media recortada al 5%		30.1636	
	Mediana		28.3575	
	Varianza		108.839	
	Desv. típ.		10.43261	
	Mínimo		13.69	
	Máximo		56.51	
	Rango		42.82	
	Amplitud intercuartil		17.10	
	Asimetría		.625	
	Curtosis		-.536	
				.225
				.446

#### 6.1.3.4. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El tiempo de evolución de la enfermedad lo hemos calculado como el tiempo desde el inicio de la enfermedad y la fecha de la última consulta recogida en el estudio, con el objetivo de valorar todas las variables disponibles en el mismo espacio temporal.

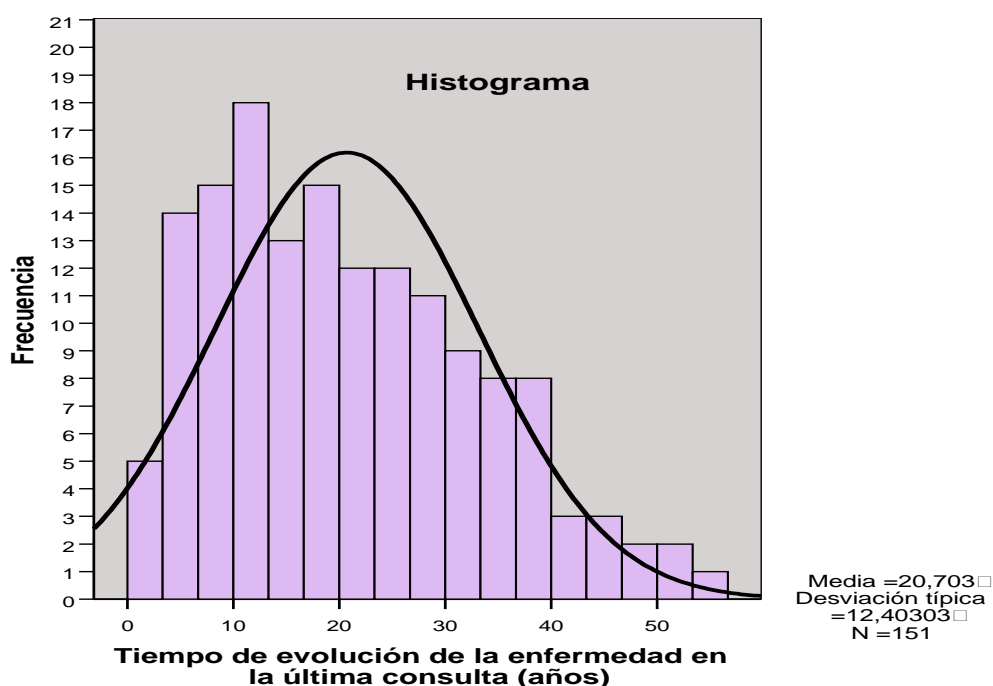
En promedio el tiempo de evolución de la enfermedad es de 20,7 años (IC95% 18,7 a 22,7), con una mediana de 19,1 año, un valor mínimo de 0,49 y máximo de 55,7 años.

En el histograma podemos observar la distribución de los años de evolución de la enfermedad en las mujeres incluidas en el estudio.

**Tabla 87: Descriptivos**

			Estadístico	Error típ.
Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)	Media		20.7030	1.00934
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	18.7086	
		Límite superior	22.6974	
	Media recortada al 5%		20.1190	
	Mediana		19.1288	
	Varianza		153.835	
	Desv. típ.		12.40303	
	Mínimo		.49	
	Máximo		55.66	
	Rango		55.17	
	Amplitud intercuartil		18.84	
	Asimetría		.581	.197
	Curtosis		-.313	.392

**Gráfico 31:**





Observamos una diferencia significativa ( $p=0,002$ ) en el tiempo de evolución hasta la última consulta en las mujeres que abandonan el tratamiento respecto a las que continúan en seguimiento en el SSM. Las pacientes que no continúan en tratamiento tienen menor tiempo de evolución que las que continúan en tratamiento, la diferencia media es de 6,2 años (IC95% 2,3 a 10).

Tabla 88: Estadísticos de grupo

Grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)				
Pacientes que <b>NO siguen</b> en tto	79	17.7718	11.40135	1.28275
Pacientes que <b>SIGUEN</b> en tratamiento	72	23.9191	12.73373	1.50068

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)	Se han asumido varianzas iguales	1.377	.242	3.130	149	.002	-6.14733	1.96409	10.02841	2.26626
	No se han asumido varianzas iguales			3.114	143.112	.002	-6.14733	1.97421	10.04972	2.24495

Clasificamos a las pacientes en dos grupos en función del tiempo de evolución de la enfermedad, mayor o menor que la media de 20 años:

Tabla 89: Evolución menor o mayor de 20 años

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Menor de 20 años de evolución	80	53.0
Más de 20 años de evolución	71	47.0
Total	151	100.0

### 6.1.3.5 NÚMERO DE INGRESOS

El número de ingresos varía entre 0 y 21 con la siguiente distribución de frecuencias. En las pacientes que fueron ingresadas alguna vez (119) el número medio de ingresos es de 3,9 (IC95% 3,3 a 4,5) con una mediana de 3 ingresos.

**Tabla 90: Número de ingresos**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	.00	32	21.2
	1.00	22	14.6
	2.00	26	17.2
	3.00	25	16.6
	4.00	15	9.9
	5.00	9	6.0
	6.00	5	3.3
	7.00	6	4.0
	8.00	2	1.3
	10.00	4	2.6
	12.00	1	.7
	15.00	2	1.3
	17.00	1	.7
	21.00	1	.7
	Total	151	100.0

**Tabla 91: Descriptivos**

			Estadístico	Error típ.
Número de ingresos	Media		3.8824	.30988
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3.2687	
		Límite superior	4.4960	
	Media recortada al 5%		3.4225	
	Mediana		3.0000	
	Varianza		11.427	
	Desv. típ.		3.38034	
	Mínimo		1.00	
	Máximo		21.00	
	Rango		20.00	
	Amplitud intercuartil		3.00	
	Asimetría		2.485	.222
	Curtosis		7.786	.440

### 6.1.3.6 NÚMERO DE RECAÍDAS EN TRATAMIENTO AMBULATORIO

En la siguiente tabla mostramos el número de recaídas presentadas que recibieron tratamiento a nivel ambulatorio y la frecuencia de casos con recaídas. 85 pacientes presentan recaídas en el seguimiento. En estos casos el promedio de recaídas es de 3,2 recaídas (IC95% 2,6 a 3,9), con una mediana de 2 recaídas, entre 1 y 20.

**Tabla 92: Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	.00	66	43.7
	1.00	21	13.9
	2.00	24	15.9
	3.00	21	13.9
	4.00	2	1.3
	5.00	8	5.3
	6.00	1	.7
	7.00	2	1.3
	8.00	1	.7
	10.00	2	1.3
	11.00	1	.7
	15.00	1	.7
	20.00	1	.7
	Total	151	100.0

**Tabla 93: Descriptivos**

			Estadístico	Error típ.
Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio	Media		3.2235	.33447
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2.5584	
		Límite superior	3.8887	
	Media recortada al 5%		2.7614	
	Mediana		2.0000	
	Varianza		9.509	
	Desv. típ.		3.08366	
	Mínimo		1.00	
	Máximo		20.00	
	Rango		19.00	
	Amplitud intercuartil		1.50	
	Asimetría		3.100	.261
	Curtosis		12.156	.517

### 6.1.3.7 INGRESOS INVOLUNTARIOS

Entre las pacientes que fueron ingresadas alguna vez (119) los ingresos involuntarios representan un 66,3%. El dato no consta en un 20,2% de las pacientes que fueron ingresadas alguna vez.

**Tabla 94: Ingresos involuntarios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	32	26.9	33.7
	Sí	63	52.9	66.3
	Total	95	79.8	100.0
No Datos	(ND)	24	20.2	
Total		119	100.0	

### 6.1.3.8 INTENTOS DE SUICIDIO

El 25,2% de las mujeres han intentado suicidarse. Este dato no consta en 20 casos (13,2%).

**Tabla 95: Intentos de suicidio**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	98	64.9	74.8
	Sí	33	21.9	25.2
	Total	131	86.8	100.0
No Datos	(ND)	20	13.2	
Total		151	100.0	

### 6.1.3.9 EPISODIOS DE AGRESIVIDAD FÍSICA

El 27,4% de las mujeres han presentado algún episodio de agresividad física del que hay constancia en la historia clínica. El dato no se menciona en un 17,9% de los casos (27).

**Tabla 96: Episodios de agresividad física**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	90	59.6	72.6
	Sí	34	22.5	27.4
	Total	124	82.1	100.0
No Datos	(ND)	27	17.9	
Total		151	100.0	

### 6.1.3.10 PROBLEMAS JUDICIALES

#### 6.1.3.10.1 De cualquier tipo

El 13% de las mujeres (16 casos) ha estado implicada en algún problema judicial de cualquier tipo. Considerando como tal cualquier proceso judicial abierto (por agresiones, hurtos, orden de alejamiento etc). El dato no consta en 28 pacientes (18,5%).

**Tabla 97: Problemas judiciales de cualquier tipo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	107	70.9	87.0
	Sí	16	10.6	13.0
	Total	123	81.5	100.0
Perdidos	Sistema	28	18.5	
Total		151	100.0	

#### 6.1.3.10.2 Incapacitación Legal

Solo un 6% de las mujeres con esquizofrenia están incapacitadas civilmente.

**Tabla 98: Incapacitación legal**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	142	94.0
	Sí	9	6.0
	Total	151	100.0

### 6.1.3.11 CONSUMO DE TÓXICOS Y LUDOPATÍA

En las tablas siguientes resumimos la frecuencia de consumo de alcohol, drogas, tabaco o juego patológico por parte de las pacientes incluidas en el estudio.

#### 6.1.3.11.1 Antecedentes

Tienen antecedentes en su historia clínica de consumo de alcohol y tóxicos o de juego patológico:

Tabla 99:

		Recuento	% del N válido de columna
Antecedentes consumo de <b>alcohol</b>	No	105	82.7%
	Sí	22	17.3%
Antecedentes consumo de <b>drogas</b>	No	108	85.7%
	Sí	18	14.3%
Antecedentes consumo de <b>tabaco</b>	No	59	70.2%
	Sí	25	29.8%
Antecedentes juego patológico	No	74	97.4%
	Sí	2	2.6%

### 6.1.3.11.2 Consumo o juego actual

Tabla 100: Consumo actual de alcohol y tóxicos o juego actual

		Recuento	% del N válido de columna
Consumo actual de <b>alcohol</b>	No	114	85.7%
	Sí	19	14.3%
Consumo actual de <b>drogas</b>	No	121	90.3%
	Sí	13	9.7%
Consumo actual de <b>tabaco</b>	No	63	68.5%
	Sí	29	31.5%
Juego patológico actual	No	79	97.5%
	Sí	2	2.5%

En relación con el consumo de alcohol tienen antecedentes un 17.3% y consumen actualmente un 14.3%. Antecedentes de consumo de otras drogas tienen un 14.3% de las mujeres con esquizofrenia , frente a un 9.7% que mantiene consumo actual .

En cuanto al tabaco un 31.5% de las mujeres con esquizofrenia fuman, y prácticamente el mismo número (29.8%) tienen antecedentes de haber fumado.

### 6.1.3.12 CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Las pacientes tienen conciencia de enfermedad en el 62,7% de los casos (89). Solo en 9 casos no se registra este dato en la Historia Clínica.

Tabla 101: Conciencia de enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	53	35.1	37.3
	Sí	89	58.9	62.7
	Total	142	94.0	100.0
No Datos	(ND)	9	6.0	
Total		151	100.0	

### 6.1.3.13 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Presentan antecedentes obstétricos en el momento de su nacimiento un 20,8% (10 mujeres) de las pacientes. El dato no fue recogido en un elevado porcentaje de casos (68,2%).

**Tabla 102: Antecedentes obstétricos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	38	25.2	79.2	79.2
	Sí	10	6.6	20.8	100.0
	Total	48	31.8	100.0	
Perdidos	(ND)	103	68.2		
Total		151	100.0		

La descripción de los antecedentes es la siguiente:

**Tabla 103: Descripción antecedentes en el parto**

	Frecuencia
BAJO PESO AL NACER	1
EMBARAZO MATERNO A LOS 45 AÑOS	1
EN EL PARTO CON FORCEPS	1
EN EL PARTO PREMATURA GEMELA DE OTRA NIÑA	1
EN PARTO POR CESAREA CIANOSIS A LOS 3 D ASPIR GAST	1
PARTO DOS VUELTAS DE CORDON, EMBARAZO NORMAL	1
PARTO POR CESAREA	1
PARTO PREMATURO	1
PARTO TCE CON SECUELAS	1
PRENATALES MADRE CON MEDICACIÓN NL	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

### 6.1.3.14 ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL

#### 6.1.3.14.1 ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMER GRADO

Observamos que más de la mitad de las mujeres con esquizofrenia un 56.6% tienen antecedentes familiares de primer grado de enfermedad mental. El porcentaje de casos en los que no se pudo extraer esta información a partir de la Historia Clínica es elevado, un 29.8% de las pacientes (45 casos).

**Tabla 104: Antecedentes familiares de primer grado de enfermedad mental**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	46	30.5	43.4
	Sí	60	39.7	56.6
	Total	106	70.2	100.0
Perdidos	(ND)	45	29.8	
Total		151	100.0	

Detallamos a continuación el número de casos en los que se observa algún antecedente de cada **tipo de enfermedad mental** en algún familiar de primer grado (los porcentajes no son sumatorios ya que existen pacientes con más de un antecedente familiar de varios tipos).

Encontramos que un 11.3% tienen antecedentes de Esquizofrenia en algún familiar de primer grado, de trastornos afectivos (TBP o depresión) en el 20.7% de las mujeres , y de un trastorno mental no diferenciado en un 36.7% de las mujeres con Esquizofrenia.

**Tabla 105:**

		Recuento	% del N válido de columna
Antecedentes familiares de primer grado de <b>enfermedad mental</b>	No	46	43.4%
	Sí	60	56.6%
Antecedentes familiares de primer grado de <b>esquizofrenia</b>	No	0	.0%
	Sí	12	100.0%
Antecedentes familiares de primer grado de <b>trastorno bipolar</b>	No	0	.0%
	Sí	4	100.0%
Antecedentes familiares de primer grado de <b>depresión</b>	No	0	.0%
	Sí	18	100.0%
Antecedentes familiares de primer grado de <b>otras enfermedades mentales</b>	No	0	.0%
	Sí	39	100.0%



#### 6.1.3.14.2 ANTECEDENTES FAMILIARES DE SEGUNDO GRADO

Se encuentra que un 25.5% de las pacientes tienen antecedentes familiares de segundo grado de enfermedad mental. El porcentaje de casos en los que no consta esta información en la Historia Clínica es elevado, un 32.5% de las pacientes (49 casos).

**Tabla 106: Antecedentes familiares de segundo grado de enfermedad mental**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	76	50.3	74.5
	Sí	26	17.2	25.5
	Total	102	67.5	100.0
Perdidos	(ND)	49	32.5	
Total		151	100.0	

Detallamos a continuación el número de casos en los que se observa algún antecedente de cada **tipo de enfermedad mental** en algún familiar de segundo grado (los porcentajes no son sumatorios ya que existen pacientes con más de un antecedente familiar de varios tipos).

Encontramos que un 3.9% tienen antecedentes de Esquizofrenia en algún familiar de segundo grado, de trastornos afectivos (TBP o depresión) en el 4.9% de las mujeres, y de un trastorno mental no diferenciado en un 14.7% de las mujeres con Esquizofrenia.

**Tabla 107:**

		Recuento	% del N válido de columna
Antecedentes familiares de segundo grado de <b>enfermedad mental</b>	No	76	74.5%
	Sí	26	25.5%
Antecedentes familiares de segundo grado de <b>esquizofrenia</b>	No	0	.0%
	Sí	4	100.0%
Antecedentes familiares de segundo grado de <b>trastorno bipolar</b>	No	0	.0%
	Sí	1	100.0%
Antecedentes familiares de segundo grado de <b>depresión</b>	No	0	.0%
	Sí	4	100.0%
Antecedentes familiares de segundo grado de <b>otras enfermedades mentales</b>	No	0	.0%
	Sí	15	100.0%

#### 6.1.3.14.3 ANTECEDENTES FAMILIARES DE AMBOS TIPOS : DE PRIMERO O SEGUNDO GRADO

Encontramos que el 66.7% de las pacientes tienen antecedentes familiares de primero o segundo grado de enfermedad mental.

**Tabla 108: Antecedentes familiares de primero o segundo grado de enfermedad mental**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sin antecedentes	34	22.5	33.3
	Con antecedentes	68	45.0	66.7
	Total	102	67.5	100.0
Perdidos	(ND)	49	32.5	
Total		151	100.0	

#### 6.1.3.14.4 ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICICIO.

Se detalló algún suicidio en la familia en 8 casos (5,3%).

**Tabla 109: Suicidio en la familia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	143	94.7	94.7	94.7
	Sí	8	5.3	5.3	100.0
	Total	151	100.0	100.0	

## 6.1 .4 Historia ginecológica de mujeres con Esquizofrenia

### 6.1.4.1 EDAD DE LA MENARQUIA

La edad de la menarquia se anotó en la historia clínica solamente en 16 pacientes (10,6%).

**Tabla 110: Edad de menarquia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	11	2	1.3	12.5
	12	3	2.0	18.8
	13	5	3.3	31.3
	14	3	2.0	18.8
	16	1	.7	6.3
	17	2	1.3	12.5
	Total	16	10.6	100.0
No Datos	(ND)	135	89.4	
Total		151	100.0	

### 6.1.4.2 EDAD DE LA MENOPAUSIA

La edad de la menopausia queda registrada en 8 mujeres (5,3%).

**Tabla 111: Edad de menopausia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	40	1	.7	12.5
	43	1	.7	12.5
	44	1	.7	12.5
	48	1	.7	12.5
	50	1	.7	12.5
	51	3	2.0	37.5
	Total	8	5.3	100.0
No Datos	(ND)	143	94.7	
Total		151	100.0	

### 6.1.4.3 NÚMERO DE PARTOS

El número de partos varía entre 0 y 6 con la distribución que se muestra en la tabla siguiente.

En 51 mujeres este dato no queda registrado en la historia clínica, y un 30,5% son nulíparas (46 mujeres) no han estado nunca embarazadas.

Destaca que un 69.5% de mujeres con esquizofrenia tienen hijos. En promedio el número partos es de 2,5 (IC95% 2,2 a 2,9), con una mediana de 2, mínimo de 1 y máximo de 6.

Tabla 112: Número de partos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	.00	46	30.5	46.0
	1.00	11	7.3	11.0
	2.00	22	14.6	22.0
	3.00	12	7.9	12.0
	4.00	2	1.3	2.0
	5.00	6	4.0	6.0
	6.00	1	.7	1.0
	Total	100	66.2	100.0
No Datos	(ND)	51	33.8	
Total		151	100.0	

### 6.1.4.4 NÚMERO DE ABORTOS

El número de abortos oscila entre 0 y 3, y se identifica el dato en 31 pacientes , un 20,5% del total de mujeres con esquizofrenia han tenido aborto.

De las que han tenido abortos el 16.1% han tenido dos o más abortos.

Tabla 113: Número de abortos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	.00	20	13.2	64.5
	1.00	6	4.0	19.4
	2.00	4	2.6	12.9
	3.00	1	.7	3.2
	Total	31	20.5	100.0
Perdidos	(ND)	120	79.5	
Total		151	100.0	

En la tabla siguiente mostramos un listado de las intervenciones quirúrgicas (IQ) u otros antecedentes de tipo ginecológico agrupados por patología en las pacientes del estudio. Destaca el gran número de casos en los que no está recogido en la Historia clínica (116) en un 76.8 % de las mujeres con esquizofrenia.

Está recogido explícitamente en la Historia clínica en 35 de las mujeres, de las cuales 29 tienen algún tipo de antecedente de patología o IQ ginecológica (82.9%), frente a 6 casos de mujeres con esquizofrenia sin patología ni IQ (17.1%)

Los porcentajes no son sumatorios ya que existen pacientes con más de un antecedente o con varios tipos de enfermedad.

**Tabla 114: Patología e Intervenciones quirúrgicas ginecológicas agrupados**

<b>Patología Ginecológica e intervenciones quirúrgicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Amenorrea / Dismenorrea secundaria a NL	4	11.4
Hiperprolactinemia / Galactorrea secundaria a NL	2	5.7
Mastopatía	1	2.8
IQ reducción de pecho (a los 17 años)	1	2.8
Cáncer de mama	4	11.4
Histerectomía	6	17.1
Legrado	1	2.8
Desprendimiento de placenta	1	2.8
Prolapso Uterino	2	5.7
Quiste de ovario	2	5.7
Ovarios poliquísticos	1	2.8
Anexectomía	1	2.8
Quiste pilonoidal	1	2.8
Ligadura de trompas	6	17.1
IQ de Cistorrectoceles	1	2.8
IQ de vejiga	1	2.8
Infección (vulvitis, colpitis, vaginitis)	2	5.7
Violación	1	2.8
No tiene antecedentes	6	17.1
No Datos	116	76.8
<b>Total</b>	<b>151</b>	

Encontramos que en un 11.4% de las mujeres con esquizofrenia, de las que se han recogido explícitamente los antecedentes de enfermedades ginecológicas, tienen cáncer de mama. Un 17.1% han sufrido una histerectomía. Problemas ováricos (quiste o poliquistosis) en 8.5% de las mujeres.

Ha sido realizada una ligadura de trompas en un 17.1% de los casos. No tienen patología de ningún tipo el 17.1% de las pacientes historiadas explícitamente en patología ginecológica.

## 6.1.5 Enfermedades somáticas

En las siguientes tablas resumen mostramos la frecuencia de enfermedades somáticas en la muestra total, 151 pacientes con esquizofrenia incluidas en el estudio:

### 6.1.5.1 METABÓLICAS y ENDOCRINAS

Se ha estudiado la patología metabólica y endocrina que presentan las mujeres con esquizofrenia. Solo un 11.9 % de mujeres con esquizofrenia no tienen ninguna patología metabólica.

Tabla 115:

		Recuento	% del N válido de columna
<b>Obesidad</b>	No	104	78.2%
	Sí	29	21.8%
<b>Diabetes</b>			
insulinodependiente	No	129	97.7%
	Sí	3	2.3%
no insulinodependiente	No	117	88.6%
	Sí	15	11.4%
<b>Hipercolesterolemia</b>	No	102	77.3%
	Sí	30	22.7%
<b>Hipertrigliceridemia</b>	No	123	93.2%
	Sí	9	6.8%
<b>Hipotiroidismo</b>	No	122	92.4%
	Sí	10	7.6%
<b>Otras</b> alteraciones del metabolismo	No	108	83.7%
	Sí	21	16.3%
No consta evaluación de enfermedades metabólicas		18	11.9%

Encontramos que un 21.8% tienen obesidad, el 13.4% son diabéticas ( un 11.4% tienen DM no insulinodependiente y en un 2.3% es Insulinodependiente).

El 22.7 % tienen Hipercolesteronemia y el 6.8 hipertrigliceridemia. Más del 16% tienen otras alteraciones metabólicas (no especificadas). El 7.6% son hipotiroideas.

### 6.1.5.2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Tabla 116:

		Recuento	% del N válido de columna
<b>Hipertensión arterial</b>	No	115	85.8%
	Sí	19	14.2%
<b>IAM</b>	No	132	100.0%
	Sí	0	.0%
<b>Arritmias /bloqueos</b>	No	131	99.2%
	Sí	1	.8%
<b>Cardiopatía isquémica</b>	No	132	99.2%
	Sí	1	.8%
<b>Insuficiencia cardiaca</b>	No	132	100.0%
	Sí	0	.0%
<b>Otras alteraciones cardiovasculares</b>	No	125	93.3%
	Sí	9	6.7%
No consta evaluación cardiovascular		13	8.6%

Encontramos que un 14.2 % tienen Hipertensión arterial, un 0.8% padecen algún tipo de arritmia / bloqueo cardiaco o cardiopatía isquémica.

En un 6.7% está recogida que padecen algún tipo de patología cardiovascular (insuficiencia cardiaca 3.1%, hipotensión 1.2%, trombosis 0.6%, varices 0.6%, o sin que conste cual).

### 6.1.5.3 ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Tabla 117:

		Recuento	% del N válido de columna
<b>SEP</b>	No	107	80.5%
	Sí	26	19.5%
<b>Acatisia</b>	No	122	91.7%
	Sí	11	8.3%
<b>Disquinesia tardía</b>	No	124	93.2%
	Sí	10	7.5%
<b>Parkinsonismo</b>	No	128	96.2%
	Sí	5	3.8%
<b>Otras alteraciones neurológicas</b>	No	102	76.7%
	Sí	30	22.5%
No consta evaluación neurológica		12	7.95%

Del total de mujeres con esquizofrenia un 19.5% presentan SEP, un 7,5 % sufren Disquinesia tardía, y un 22.5% otras alteraciones neurológicas (otras disquinesias, polineuropatía, neurodermitis...)

#### 6.1.5.4 OTRAS ENFERMEDADES

Hemos realizado una clasificación de las enfermedades que presentan las pacientes por sistemas:

Tabla 118: Otras enfermedades por sistemas

	Frecuencia	Porcentaje
ORL	11	7,3%
Dermatológica	6	4%
Alergias	6	4%
<b>Neoplasias</b>	11	<b>7,3%</b>
Enfermedades contagiosas (Hepatitis, Tbc, F. tifoideas)	8	5,3%
Respiratorio	6	4%
<b>Gastrointestinal</b>	16	<b>10,6%</b>
<b>Genitourinaria</b>	23	<b>15,2%</b>
Musculoesqueléticas	9	6%
Otras Neurológicas (polio, meningitis)	2	1,3%
Otras Endocrinas :Hiperprolactinemia	4	2,7%
Amenorrea	5	3,4%
Hematológicas (leucopenia, linfocitosis)	2	1,3%

Destacan que por sistemas las enfermedades que padecen las mujeres con esquizofrenia más frecuentes son genitourinarias (un 15.2% ) y gastrointestinales ( 10.6% ).

Seguidas de Neoplasias y ORL en un 7.3% de mujeres , enf. musculoesqueléticas en un 6% y enf. infectocontagiosas en el 5.3% de los casos.



### 6.1.6. Personalidad previa

Constan datos sobre la personalidad previa en 72 pacientes ( el 47,7%). En el 52.3% no se describe el tipo de personalidad previa ni consta diagnóstico de personalidad en eje II.

Los datos sobre la personalidad previa , tal y como fueron anotados en la historia clínica, se recogieron en el documento elaborado (hoja de recogida de datos). Estos se agruparon según criterios internacionales CIE-9 en los siguientes tipos:

**Tabla 119: Codificación de personalidad previa**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Válidos	Paranoide (301.0)	12	7.9	16.7
	Esquizoide (301.2)	26	17.2	36.1
	Anancástico/Obsesivo (301.4)	12	7.9	16.7
	Histérico (301.5)	1	.7	1.4
	Asténico/dependiente (301.6)	5	3.3	6.9
	Sociópata/Asocial (301.7)	1	.7	1.4
	Otros/Inmadura (301.8)	1	.7	1.4
	Extrovertida/Adaptada/Sin patología	14	9.3	19.4
	Total	72	47.7	100.0
No Datos	(ND)	79	52.3	
Total		151	100.0	

Del total de mujeres con esquizofrenia un 36.1% presentan rasgos de personalidad esquizoide, el 16.7% de tipo paranoide y en el mismo porcentaje anancásticos/obsesivos.

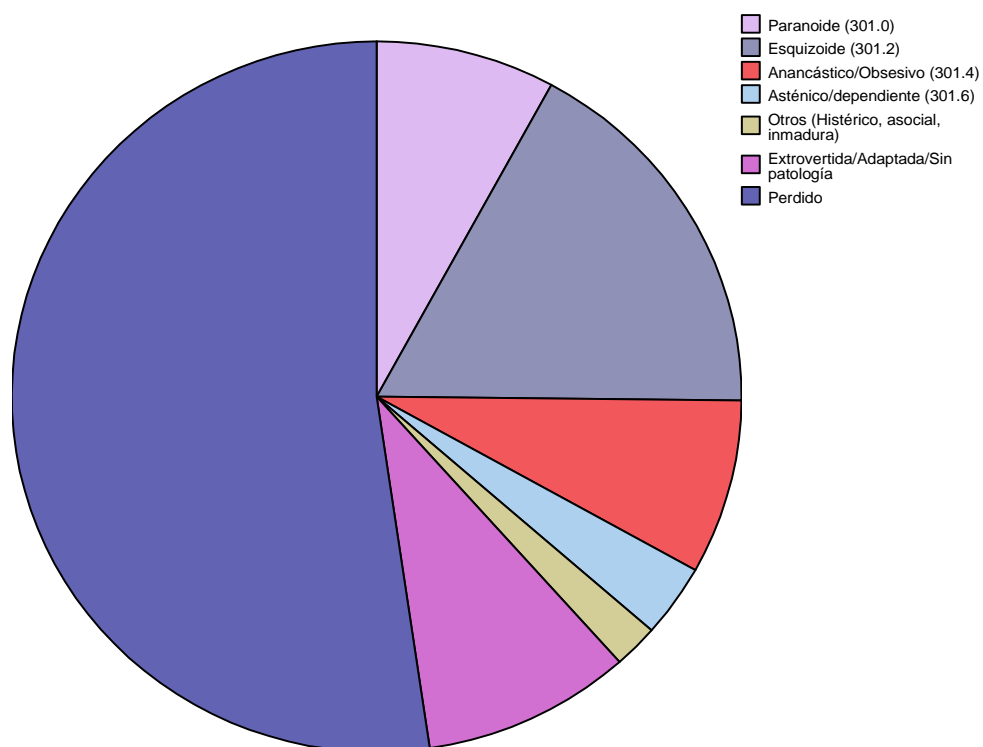
Más de un 19% tienen personalidad sin rasgos patológicos .

**Tabla 119 bis: Personalidad previa CIE-9 Agrupada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Válidos	Paranoide (301.0)	12	7.9	16.7
	Esquizoide (301.2)	26	17.2	36.1
	Anancástico/Obsesivo (301.4)	12	7.9	16.7
	Asténico/dependiente (301.6)	5	3.3	6.9
	Otros (Histérico, asocial, inmadura)	3	2.0	4.2
	Extrovertida/Adaptada/Sin patología	14	9.3	19.4
	Total	72	47.7	100.0
No Datos	(ND)	79	52.3	
Total		151	100.0	

Gráfico 32:

## Personalidad previa CIE-9 Agrupada

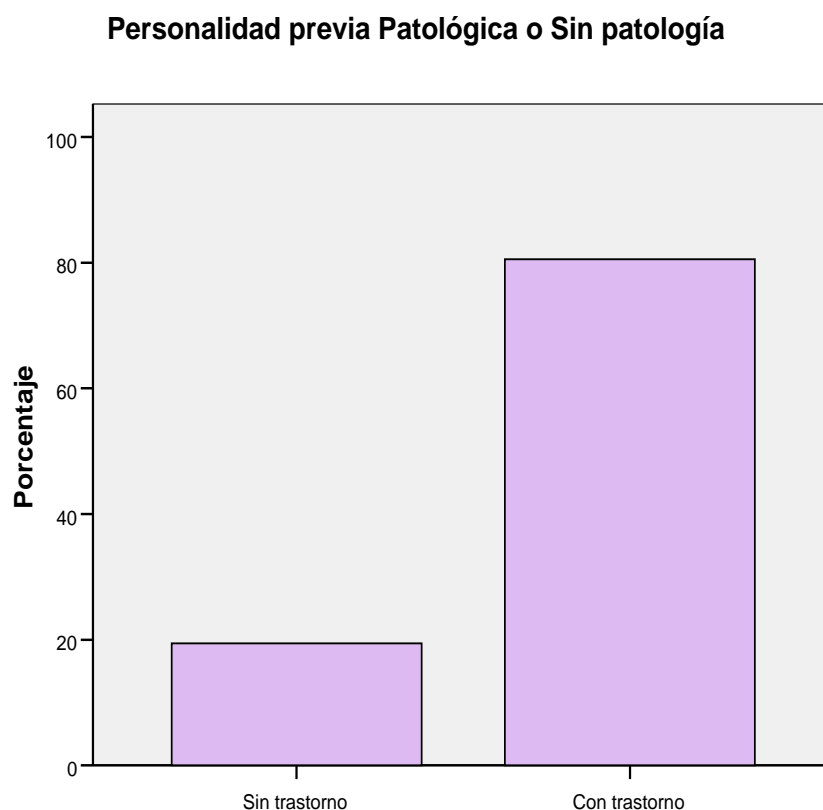


## Personalidad previa Patológica o Sin patología

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin trastorno	14	9.3	19.4	19.4
	Con trastorno	58	38.4	80.6	100.0
	Total	72	47.7	100.0	
No Datos	(ND)	79	52.3		
Total		151	100.0		

Del total de casos en que constan datos sobre la personalidad previa (72 pacientes) presentan rasgos patológicos de personalidad previa el 80.6% de las mujeres con esquizofrenia, frente al 19.4% sin patología.

Gráfico 33:



### 6.1.7. Factores de estrés

En un importante porcentaje de las pacientes (74,2%) las recaídas están relacionadas con factores de estrés ocurridos en periodo previo al brote esquizofrénico en mujeres, y que fueron anotados en la historia clínica como tal por el psiquiatra.

**Tabla 121: Factores de estrés importantes o relacionados con recaídas**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	39	25.8
	Sí	112	74.2
	Total	151	100.0

**Tabla 122: Factores de estrés en el último año**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	138	91.4
	Sí	13	8.6
	Total	151	100.0

Se ha seguido la definición que se emplea en el Eje IV del DSM para los factores ambientales y psicosociales.

Mostramos en la siguiente tabla resumen los factores de estrés agrupados, que están recogidos en la Hª clínica de los pacientes por el psiquiatra, relacionados con el curso del trastorno mental, es decir con el inicio o exacerbación de la enfermedad como recaídas o ingresos.

El clínico anota en la Historia todos aquellos que juzga relevantes que han estado presentes en el año anterior, y los acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental. El factor de estrés puede ser un acontecimiento vital negativo, un estrés familiar o interpersonal u otro problema social o ambiental.

Se han agrupado en las mismas categorías que recoge el Eje IV del DSM : Relativos al grupo primario de apoyo, relativos el ambiente social, problemas laborales, interacción con sistema legal o víctima de acto criminal, Otros (problemas de vivienda, económicos, ensañanza...).

**Tabla 123: Descripción de factores de estrés importantes o relacionados con recaídas**

	Frecuencia	Porcentaje válido
<b>-Relativos al grupo primario de apoyo</b>		
Fallecimiento de familiar (padres, hnos, esposo o hijos)	51	45.5
Pérdida /ruptura relación de pareja	8	7.1
Separación/ abandono conyugal	11	9.8
Separación de los padres	5	4.4
Nacimiento de hijo/ embarazo	14	12.5
Enfermedad grave de familiar de primer grado	26	23.2
Enfermedad física grave propia	9	8.0
Etilismo de cónyuge	5	4.4
<b>-Relativos el ambiente social</b>		
Cuidado de hijos menores de edad	3	2.6
Cambio domicilio/ Estancia en otro país	12	10.7
<b>- Problema legal o víctima de acto criminal</b>		
Victima de violencia física o sexual	3	2.6
Victima de robo o estafa	1	0.8
<b>-Problemas laborales</b>		
Pérdida de empleo/ paro	8	7.1
<b>-Otros</b>		
(boda,conflicto,con hnos,con hijos, herencia, económicos)	23	20.5
<b>Nº Casos</b>	<b>112</b>	<b>74.1</b>
No Datos (ND)	39	25.8
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>

## 6.1.8. Factores socio-familiares

### 6.1.8.1 ENTORNO SOCIAL

Se ha recogido el tipo de apoyo social con que cuentan las mujeres con esquizofrenia a partir de los datos de la historia clínica de las pacientes. Con el objetivo de sintetizar las posibilidades existentes, los hemos agrupado en cuatro niveles o posibles tipos de apoyo recibido: bueno, esporádico, apoyo de los Servicios Sociales y ningún apoyo ni ayuda, que aparecen en la tabla siguiente.

En el 21.9% (33 casos) no se recoge en la historia clínica este dato.

Encontramos que el 32.2% no tiene ningún tipo de apoyo o ayuda social. Solo el 3.4% (4 casos) tienen ayuda/apoyo de los Servicios Sociales, a través de visitas domiciliarias, auxiliar de hogar o de voluntariado. Un 21.2% cuenta con un buen soporte social.

**Tabla 124: Apoyo social**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos			
Ningún apoyo ni ayuda	38	25.2	32.5
Esporádicos contactos sociales	51	33.8	43.6
Tiene ayuda de S.S.	3	1.9	2.5
Buen apoyo social	25	16.6	21.4
Total	117	77.5	100.0
No Datos (N D)	34	22.5	
Total	151	100.0	

En la siguiente tabla resumimos los 3 casos con ayuda de los S.S. para valorar su clasificación en el entorno social en los grupos de ningún apoyo o esporádicos contactos:

**Resúmenes de casos**

Caso	Nº de Historia	Grupo	Estado civil	Hijos	Tipo de Convivencia	Tipo de Ayuda de los S.Sociales	Edad
1	201	Pac. NO siguen en tratamiento	Soltera	1	Vive sola (antes con padre y hno fallecen)	Traslado a Residencia	53
2	611	Pac. NO siguen en tratamiento	Soltera	0	Vive sola	Visitas domiciliarias (Suicidio)	50
3	855	Pac. SIGUEN en tratamiento	Soltera	0	Vive con hna	Estancias intermitentes en Miniresidencia	57

### 6.1.8.2 ENTORNO FAMILIAR

Se ha recogido el tipo de apoyo familiar con que cuentan las mujeres con esquizofrenia a partir de los datos de la historia clínica de las pacientes. Se consideran tres posibles tipos de apoyo recibido : bueno, escaso/esporádico , y ningún apoyo o contacto familiar.

En el 8.6% del total de las mujeres con esquizofrenia (13 casos) no se recoge en la historia clínica este dato.

Encontramos que el 8.7% no tiene ningún tipo de apoyo o contacto con familiares. Esto es independiente de su estado civil (estén casadas o no ) y de si tienen o no hijos.

El 23.9% tiene escaso apoyo familiar. Un 67.4% cuenta con una buena ayuda y apoyo de los familiares.

**Tabla 125: Apoyo familiar**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Ningún apoyo o contacto	12	7.9	8.7
	Escaso apoyo	33	21.9	23.9
	Buen apoyo	93	61.6	67.4
	Total	138	91.4	100.0
No Datos (ND)		13	8.6	
Total		151	100.0	

### 6.1.8.3 PERTENENCIA A GRUPOS SOCIALES . ESTUDIO DE VALORES

Puede verse que solo un 25.7% pertenece a alguna asociación de enfermos, vecinal o religiosa (parroquia...), un 17.1% forma parte o colabora con alguna ONG. Del total de casos este dato no se recoge explícitamente en la historia en un 76.8% de las mujeres con esquizofrenia.

**Tabla 126:**

		Recuento	% del N válido de columna
Pertenencia a ONG	No	29	82.9%
	Sí	6	17.1%
Pertenencia a grupo musical / coro	No	35	100.0%
	Sí	0	.0%
Pertenencia a asociación, de vecinos, de enfermos, otras.	No	26	74.3%
	Sí	9	25.7%
No consta pertenencia a grupos sociales		116	76.8%

En un 81.5% de los casos **no** han sido recogidos en la historia ninguna referencia a valores de la paciente . De los casos de pacientes en que constan en su historia clínica ( solo en un 18.5% ) para el 60.7% la religión es un valor prioritario para ellas, y para el 17.9% los valores estéticos, siendo los valores económico prioritario solo en un 3.6%.

Tabla 127:

		Recuento	% del N válido de columna
Valores religiosos	No	11	39.3%
	Sí	17	60.7%
Valores estéticos	No	23	82.1%
	Sí	5	17.9%
Valores económicos	No	27	96.4%
	Sí	1	3.6%
Valores políticos	No	28	100.0%
	Sí	0	.0%
No constan valores		123	81.5%

## 6.1.9 Características del tratamiento realizado en los Servicios de Salud Mental

### 6.1.9.1 TIEMPO EN SEGUIMIENTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Realizamos el cálculo en años del tiempo en seguimiento en los Servicios de Salud Mental. Se ha calculado restando de la fecha de la primera asistencia / consulta en el CSM la fecha de la última asistencia en el mismo.

En el grupo total de pacientes se ha realizado un seguimiento medio de 9,7 años (IC95% 8,5 a 10,9), con una mediana de seguimiento de 9 años, un mínimo de 0 y máximo de 20,2 años. El valor 0 lo representan las pacientes que solo acudieron a una consulta en el SSM.

Tabla 128: Tiempo (en años) de seguimiento en los SSM en la muestra total

			Estadístico	Error típ.
Tiempo en años de atención en los SSM	Media		9.6935	.61067
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8.4868	
		Límite superior	10.9001	
	Media recortada al 5%		9.2795	
	Mediana		9.0055	
	Varianza		56.311	
	Desv. típ.		7.50409	
	Mínimo		.00	
	Máximo		20.18	
	Rango		20.18	
	Amplitud intercuartil		11.76	
	Asimetría		.998	.197
	Curtosis		2.083	.392

Analizamos si existe alguna diferencia en el tiempo de seguimiento en los Servicios de Salud Mental (SSM) entre los dos grupos de pacientes, las pacientes que continúan en tratamiento y las que lo abandonaron.

Observamos una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) en el tiempo que permanecen en seguimiento en los SSM entre las pacientes que continúan en tratamiento y las que lo abandonaron, resultando significativamente mayor en las que siguen en tratamiento, con una diferencia media de 8 años (IC95% 6-10).

**Tabla 129: Tiempo (en años) de seguimiento en los SSM**

Grupo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tiempo en años de atención en los SSM	Pacientes que <b>NO siguen</b> en tto	79	5.8611	5.85969	.65927
	Pacientes que <b>siguen</b> en tto	72	13.8868	6.84943	.80721

**Tabla 130: Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tiempo en años de atención en los SSM	Se han asumido varianzas iguales	1.838	.177	7.765	149	.000	-8.03730	1.03508	10.08263	5.99196
	No se han asumido varianzas iguales			7.709	140.393	.000	-8.03730	1.04262	10.09856	5.97603



### 6.1.9.2 NÚMERO DE PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN EL TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES EN EL C.S.M.

Evaluamos el número de trabajadores que participaron en el tratamiento y cuidado de las pacientes en todo su seguimiento: psiquiatras, psicólogos, D.U.E., trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Resumimos los resultados en las tablas siguientes:

**Tabla 131: N° de psiquiatras distintos que han atendido a cada paciente**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
0	1	.7	.7
1	33	21.9	23.4
2	36	23.8	25.5
3	25	16.6	17.7
4	22	14.6	15.6
5	16	10.6	11.3
6	5	3.3	3.5
7	1	.7	.7
8	1	.7	.7
9	1	.7	.7
Total	141	100.0	100.0
No Datos	10	6.6	
Total	151	100.0	

\*\*\*La paciente con historia clínica nº 3354 no acudió a las citas y solo permaneció en los SSM un mes, por lo tanto el valor 0 en el número de psiquiatras distintos está justificado en este caso. En diez casos no consta el número de psiquiatras diferentes que llevaron sucesivamente el seguimiento, por lo que se incluyeron en grupo como “no datos”, estando atendidas al menos por un psiquiatra todas las pacientes que asistieron a la primera consulta.

De las pacientes que *son atendidas por al menos un psiquiatra*, la media de psiquiatras distintos es de 2,87 psiquiatras distintos sucesivamente (IC95% 2,6 a 3,2) con mediana de 3 psiquiatras, desde 1 hasta 9 diferentes.

**Tabla 132: N° de psicólogos clínicos que han atendido a cada paciente**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
.00	112	74.2	80.0
1.00	23	15.2	16.4
2.00	2	1.3	1.4
3.00	2	1.3	1.4
5.00	1	.7	.7
Total	140	92.7	100.0
No Datos (ND)	11	7.3	
Total	151	100.0	

En once casos no consta el número de psicólogos diferentes que han intervenido junto al psiquiatra en el tratamiento o seguimiento, por lo que se incluyeron en grupo como “no datos”.

El 20% de las pacientes es atendida también por un psicólogo en algún momento de su seguimiento. En promedio las pacientes son atendidas por 1.5 psicólogos distintos (IC95% 0,9 a 2) con mediana de 1 psicólogo, desde 1 hasta 5 distintos.

**Tabla 133: N° D.U.E. que han atendido a cada paciente**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
.00	36	23.8	25.7
1.00	55	36.4	39.3
2.00	31	20.5	22.1
3.00	17	11.3	12.1
4.00	1	.7	.7
Total	140	92.7	100.0
No Datos (ND)	11	7.3	
Total	151	100.0	

Solo un 25.7% de las pacientes no son atendidas por personal de enfermería. En el 74.3% de los casos al menos un DUE atiende también a la paciente. En promedio las pacientes son atendidas por 1,7 DUE distintos (IC95% 1,5 a 1,8) con mediana de 1 DUE, desde 1 hasta 4 distintos.

**Tabla 134: N° de trabajadores sociales que han atendido a cada paciente**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
.00	61	40.4	44.2
1.00	50	33.1	36.2
2.00	22	14.6	15.9
3.00	3	2.0	2.2
4.00	1	.7	.7
5.00	1	.7	.7
Total	138	91.4	100.0
No Datos (ND)	13	8.6	
Total	151	100.0	

Un 55.8% de las mujeres con esquizofrenia son valoradas por un Trabajador Social a lo largo de su tratamiento. En promedio las pacientes son atendidas por 1,5 trabajadores sociales distintos (IC95% 1,3 a 1,6) con mediana de 1 trabajador social, desde 1 hasta 5 distintos.

Tabla 135: Nº de T.O. que han atendido a cada paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
.00	91	60.3	68.4
1.00	31	20.5	23.3
2.00	11	7.3	8.3
Total	133	88.1	100.0
No Datos (ND)	18	11.9	
Total	151	100.0	

En el 31.6 %de los casos interviene un T. Ocupacional. En promedio las pacientes son atendidas por 1,3 TO distintos (IC95% 1,1 a 1,4) con mediana de 1 T.O., desde 1 hasta 2 distintos.

En resumen podemos decir que todas las mujeres con esquizofrenia son atendidas a lo largo de su tratamiento en el CSM por al menos un psiquiatra, las tres cuartas partes (74.3%) lo son también por un enfermero/a y en algo más de la mitad de los casos (55.8%) al menos un trabajador social ha realizado la valoración social del caso. El 31.6 % lo son también por un terapeuta ocupacional y solo menos de la cuarta parte (20%) por un psicólogo.

**Tabla 136 RESUMEN: Nº DE PROFESIONALES QUE HAN ATENDIDO A CADA PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

	N total	Media	N atendidos por ese prof	Media
Nº de psiquiatras distintos	151	3	151	3
Nº de psicólogos	151	.29	140	1.5
Nº D.U.E.	151	1.23	140	1.7
Nº de trabajadores sociales	151	.81	138	1.5
Nº de T.O.	151	.40	133	1.3

#### 6.1.9.3 INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El 33,1% de las pacientes están incluidas en el programa de rehabilitación. No consta el dato en la Historia clínica de 21 pacientes (13,9%).

Tabla 137: Incluido en programa de rehabilitación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	87	57.6	66.9
	Sí	43	28.5	33.1
	Total	130	86.1	100.0
No Datos	(ND)	21	13.9	
Total		151	100.0	

#### 6.1.9.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se recogió el dato de la adherencia al tratamiento farmacológico pautado por parte de las pacientes. Únicamente se clasificó como sí o no (en dos categorías) si tomaba el tratamiento o si no lo hacía, según esta registrado en la historia .

En 14 casos el dato no estaba registrado explícitamente en la Historia clínica (9,3%). En el 63,5% de las pacientes consta en la historia que toma el tratamiento psicofarmacológico prescrito.

La adherencia a otras terapias o actividades (citas seguimiento, terapias, actividades de rehabilitación...) es algo menor , del 60,3% de las pacientes. Se consideró no adherencia cuando no acude o lo hace irregularmente a las citas, terapias o actividades indicadas. En un 9.3% de las mujeres no consta este dato en la historia clínica.

Tabla 138: Adherencia a la medicación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	50	33.1	36.5
	Sí	87	57.6	63.5
	Total	137	90.7	100.0
No Datos	(ND)	14	9.3	
Total		151	100.0	

Tabla 139: Adherencia a otros tratamientos (citas revisión, terapias, actividades de rehabilitación )

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	54	35.8	39.7
	Sí	82	54.3	60.3
	Total	136	90.1	100.0
No Datos	(ND)	15	9.9	
Total		151	100.0	

### 6.1.9.5 DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

#### 6.1.9.5.1 TRATAMIENTO RECIBIDO

##### NEUROLÉPTICOS ORALES

Han recibido este tratamiento el 100% de las pacientes (dos no tienen recogidos datos sobre antecedentes de tratamiento NL).

##### NEUROLÉPTICOS DEPOT

Han recibido este tratamiento el 48,3% (73) de las pacientes (78 no lo han recibido o no consta).

##### BENZODIACEPINAS

Han recibido este tratamiento el 68,9% (104) de las pacientes (47 no lo han recibido o no consta).

##### ANTICOLINÉRGICOS

Han recibido este tratamiento el 72,2% (109) de las pacientes (42 no lo han recibido o no consta).

##### OTROS FÁRMACOS

Han recibido este tratamiento el 67,5% (102) de las pacientes (49 no lo han recibido o no consta).

En las siguientes tablas se muestra un listado de los fármacos recibidos por las pacientes en TODO su seguimiento, clasificados por tipo de fármaco:

**Tabla 140: Neurolépticos orales**

Principio activo	Nº de tratamientos	Porcentaje sobre el total de tratamientos
ARIPRAZOL	8	1.6
ZUCLOPENTIXOL	8	1.6
CLOZAPINA	9	1.8
SULPIRIDE	2	.4
TRIFLUOPERACINA	14	2.9
CLOTIAPINA	13	2.7
HALOPERIDOL	107	22.1
CLORPROMACINA	35	7.2
TIOPROPERACINA	7	1.4
TIORIDACINA	69	14.2
PROPERICACINA	6	1.2
PIMOZIDE	25	5.1
RISPERIDONA	77	15.9
QUETIAPINA	19	3.9
LEVOPROMACINA	28	5.8
AMISULPRIDE	6	1.2
ZIPRASIDONA	13	2.7
OLANZAPINA	39	8.0
Total	485	100.0

Tabla 141: Neurolépticos depot

Principio activo	Nº de tratamientos	Porcentaje sobre el total de tratamientos
ZUCLOPENTIXOL	29	26.3
PALMITATO PIPOTIACINA	26	23.6
FLUFENACINA	55	50
Total	110	100.0

Tabla 142: Benzodiacepinas

Principio activo	Nº de tratamientos	Porcentaje sobre el total de tratamientos
ALAZEPAM	2	1.1
DIACEPAM	25	14.3
CLORACEPAT+ B6	2	1.1
FLURACEPAM	3	1.7
TRIAZOLAM	4	2.3
LORACEPAM	31	17.7
BROMACEPAM	7	4.0
LORMETACEPAM	10	5.7
CLONACEPAM	11	6.3
KETAZOLAM	1	.6
ZOLPIDEM	1	.6
ALPRAZOLAM	5	2.9
CLORACEPATO	72	41.4
Total	174	100.0

Tabla 143: Anticolinérgicos

Nombre del fármaco	Nº de tratamientos	Porcentaje sobre el total de tratamientos
BIPERIDENO	104	91,2
TRIHEXIFENIDILO	10	8,8
Total	114	100.0

### 6.1.9.5.2 TRATAMIENTO ACTUAL

Se recogió información sobre el tratamiento actual o más reciente que reciben las pacientes. Se han clasificado los tratamientos en los tres grupos principales: Neurolépticos, benzodiacepinas y anticolinérgicos. Los resultados son los siguientes:

**NEUROLÉPTICOS :** El 97,5% de las pacientes reciben tratamiento actual con NL (116).

**Tabla 144: Tratamiento actual con NL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	3	2.0	2.5	2.5
Un neuroléptico	81	53.6	68.1	70.6
Dos neurolépticos	34	22.5	28.6	99.2
Tres neurolépticos	1	.7	.8	100.0
Total	119	78.8	100.0	
No Datos (ND)	32	21.2		
Total	151	100.0		

**BENZODIACEPINAS:** El 49,6% reciben tratamiento actual con benzodiacepinas.

**Tabla 145: Tratamiento actual con BZD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	60	39.7	50.4	50.4
Una BZD	43	28.5	36.1	86.6
Dos BZD	13	8.6	10.9	97.5
Tres BZD	3	2.0	2.5	100.0
Total	119	78.8	100.0	
No Datos (ND)	32	21.2		
Total	151	100.0		

**ANTICOLINÉRGICOS:** El 31,9% de las pacientes están en tratamiento actual con Anticolinérgicos.

**Tabla 146: Tratamiento actual con AC**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	81	53.6	68.1	68.1
Un AC	38	25.2	31.9	100.0
Total	119	78.8	100.0	
No Datos (ND)	32	21.2		
Total	151	100.0		

**ANTIDEPRESIVOS:** El 12,6% de las pacientes están en tratamiento actual con Antidepresivos.

**Tabla 147: Tratamiento actual con AD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	104	68.9	87.4	87.4
	Un AD	15	9.9	12.6	100.0
	Total	119	78.8	100.0	
No Datos	(ND)	32	21.2		
Total		151	100.0		

### 6.1.9.5.3 COMBINACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

El 19,3% de las pacientes reciben tratamiento con NL+ BZD + AC.

**Tabla 148: Tratamiento actual con NL + BZD + AC**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	96	63.6	80.7	80.7
	NL + BZD + AC	23	15.2	19.3	100.0
	Total	119	78.8	100.0	
No Datos	(ND)	32	21.2		
Total		151	100.0		

El 11,8% de las pacientes reciben tratamiento con NL + AC.

**Tabla 149: Tratamiento actual con NL + AC**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	105	69.5	88.2	88.2
	NL + AC	14	9.3	11.8	100.0
	Total	119	78.8	100.0	
No Datos	(ND)	32	21.2		
Total		151	100.0		

El 28,6% de las pacientes reciben tratamiento con NL + BZD pero no reciben tratamiento con AC.

**Tabla 150: Tratamiento actual con NL + BZD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	85	56.3	71.4	71.4
	NL + BZD	34	22.5	28.6	100.0
	Total	119	78.8	100.0	
No Datos	(ND)	32	21.2		
Total		151	100.0		



Solo una paciente recibe tratamiento con BZD + AC sin neuroléptico.

**Tabla 151: Tratamiento actual con BZD + AC**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	118	78.1	99.2	99.2
	BZD + AC	1	.7	.8	100.0
	Total	119	78.8	100.0	
No Datos	(ND)	32	21.2		
Total		151	100.0		

Reciben tratamiento actual solamente con NL el 37,8% de las pacientes (45).

**Tabla 152: Tratamiento actual solo con NL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	74	49.0	62.2	62.2
	Solo NL	45	29.8	37.8	100.0
	Total	119	78.8	100.0	
No Datos	(ND)	32	21.2		
Total		151	100.0		

Solo una paciente recibe tratamiento único con BZD.

**Tabla 153: Tratamiento actual solo con BZD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	118	78.1	99.2	99.2
	Solo BZD	1	.7	.8	100.0
	Total	119	78.8	100.0	
Perdidos	Sistema	32	21.2		
Total		151	100.0		

El 4,2% de las pacientes (5) reciben tratamiento con NL y antidepresivos.

**Tabla 154: Tratamiento actual con NL + AD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	114	75.5	95.8	95.8
	NL + AD	5	3.3	4.2	100.0
	Total	119	78.8	100.0	
Perdidos	Sistema	32	21.2		
Total		151	100.0		

## 6.1.9.5.4

## OTROS TRATAMIENTOS ACTUALES

Los tratamientos clasificados como OTROS se describen en la siguiente tabla .

**Tabla 155:**

FÁRMACO	Frecuencia	Porcentaje
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>12</b>	<b>10%</b>
ADOFEN	1	
ANAFRANIL	1	
VANDRAL	1	
BESITRAN	1	
ESERTIA	1	
LANTANON	1	
LUDIOMIL	1	
PRISDAL	2	
SEROXAT	2	
TOFRANIL	1	
<b>REGULADORES DEL ANIMO</b>	<b>9</b>	<b>7.5%</b>
PLENUR	6	
DEPAMIDE	1	
CRISOMET + VANDRAL	1	
CRISOMET	1	
<b>OTROS</b>	<b>2</b>	<b>1.6%</b>
ARICEPT	1	
PARLODEL	1	
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>78.8</b>
<b>NO DATOS</b>	<b>32</b>	<b>21.2</b>

Los fármacos asociados son Antidepresivos en su mayor parte (10% de mujeres), estabilizadores del ánimo en 7.5% de casos (Plenur, Crisomet, Depamide) , Bromocriptina (Parlofel) o tratamiento para la Demencia (Donepezilo) en 1.6% de mujeres.

**TABLA 156: RESUMEN**

FÁRMACOS ACTUALES	Frecuencia	Porcentaje
Solo NL	45	29,8%
Solo BZD	1	0,7%
Solo AC	0	0%
<b>NL + BZD + AC</b>	<b>23</b>	<b>15,2%</b>
<b>NL + BZD</b>	<b>34</b>	<b>22,5%</b>
<b>NL + AC</b>	<b>14</b>	<b>9,3%</b>
<b>NL + AD</b>	<b>5</b>	<b>3,3%</b>
BZD + AC	1	0,7%
Otros tratamientos	1	0.6%
No registrado en HC	32	21,2%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	

NL: neurolépticos; BZD: benzodiacepinas; AC: anticolinérgicos; AD: Antidepresivos; HC: Historia clínica.

### 6.1.10 Estudio de Subgrupos de mujeres con esquizofrenia

Se distinguieron dos grupos de pacientes mujeres en función de si continúan o no en tratamiento / seguimiento en el Centro de Salud Mental en el momento de la recogida de los datos.

El 52,3% de la muestra (79 pacientes) NO SIGUEN en tratamiento, y el 47,7% restante (72 pacientes) continúan en tratamiento en el momento de la recogida de los datos.

**Tabla 157: Subgrupos**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Pacientes que <b>NO SIGUEN</b> en tratamient	79	52.3
Pacientes que <b>SIGUEN</b> en tratamiento	72	47.7
Total	151	100.0

#### 1- SUBGRUPO DE MUJERES CON ESQUIZOFRENIA QUE NO SIGUE EN TRATAMIENTO EN EL CSM. ESTUDIO DE CAUSA DE ALTAS Y FALLECIMIENTOS

En este subgrupo se ha estudiado el motivo del alta y en caso de fallecimientos la causa de este registrada. Se detalla en la siguiente tabla la causa del alta en el servicio de salud mental

**Tabla 158: Causa del alta**

MOTIVO	Frecuencia	Porcentaje
Abandono de Tratamiento	34	43
Cambio Domicilio	22	27.8
Suicidio	3	3.8
Fallecimiento	1 (IAM)	1.3
Ingreso en :	10	12.6
-Residencia	5	6.2
-Piso Supervisado	1	1.3
-U. de Larga estancia	3	3.8
-Hospital no válidos (Villa del Prado)	1	1.3
Alta seguimiento	8	10.2
-M. A. P / médico resid. ancianos	7	8.9
-Inicia tratamiento ambulatorio privado	1	1.3
No consta	1	1.3
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100.0</b>

Puede verse que abandonan el tratamiento sin que volviesen a consultar menos de la mitad (el 43 %), más de un cuarto de los casos de alta se deben a traslados por cambio de domicilio (27.8%) a los que hay que sumar el 10.2% cuyo motivo de alta se debe a su seguimiento por otro profesional médico.

*Ingresaron en distintos recursos específicos residenciales un 12,6%* (10 casos), de los cuales 6,2% (5 casos) lo hicieron en residencias de ancianos al superar los 65 años, y en recursos psiquiátricos el 5.1%. Un 1.3% en un Hospital de no válidos (H. de Villa del Prado) debido a enfermedades orgánicas severas.

De las mujeres con Esquizofrenia que ingresan en recurso específico de Salud mental, el 3.8% lo hacen en una Unidad Psiquiátrica de Larga Estancia ( Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados del H. Rodríguez Lafora) y solo un 1.3% en un piso supervisado.

### Fallecimientos

Cinco pacientes pertenecientes al grupo de pacientes que NO SIGUEN en tratamiento, fallecieron. El 3.8% fallece por suicidio y el 1.3% (una mujer) por enfermedad cardiovascular (posible IAM). Se desconoce el motivo en uno de los casos que corresponde a una mujer que ingresó años antes en la UCPP del Hospital Rodríguez Lafora.

En la siguiente tabla detallamos los casos :

**Tabla 159: Pacientes fallecidas**

	Nº de historia clínica	Fecha nacimiento	Motivo	Fecha alta en CSM	Fecha de fallecimiento	Edad fallecimiento
1	347	29- 01- 1956	Suicidio (trasl. pueblo:pozo)	01-JAN-1988	01-JUL-1988	32 años
2	611	16- 11- 1945	Suicidio (defenestración)	01-JAN-1995	01-JAN-1995	50
3	3035	26- 02- 1924	Cardiovascular (IAM)	01-JAN-1991	01-JAN-1991	67
4	6452	23- 05- 1954	ND (Ingresada en UCPP)	01-DiC-1998	07-JUL-2006	51
5	8082	24- 10- 1964	Suicidio (defenestración)	01-JAN-1995	01-JAN-1995	31

Se analizaron los casos de las mujeres con Esquizofrenia que fallecieron por suicidio (3 casos) , las tres son solteras, una de ellas vive sola , las otras dos con familiares ( madre y hermana respectivamente). Dos por defenestración a los 50 y 31 años, la otra mujer de 32 se arrojó a un pozo durante la estancia en su pueblo.

## -ESTUDIO DE LOS DIAGNÓSTICOS EN AMBOS GRUPOS DE PACIENTES

La distribución de diagnósticos entre los dos grupos de pacientes que continúan o no en el centro no muestra diferencias significativas en el subtipo de inicio ni en el diagnóstico final:

### SUBTIPO DIAGNÓSTICO DE INICIO

Tabla 160:

		GRUPO			
		Pacientes que NO siguen en tratamiento		Pacientes que SIGUEN en tratamiento	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
Subtipo de inicio	295.0 Esquizofrenia	3	3.8%	2	2.8%
	295.1 E. Hebefrénica	5	6.3%	3	4.2%
	295.2 E. Catatónica	1	1.3%	2	2.8%
	295.3 E. Paranoide	41	51.9%	45	62.5%
	295.4 Episodio esq. agudo	6	7.6%	2	2.8%
	295.5 E. Latente	1	1.3%	0	.0%
	295.6 E. Residual	9	11.4%	6	8.3%
	295.7 Esquizaafectivo	7	8.9%	10	13.9%
	295.8 Otras	2	2.5%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	4	5.1%	2	2.8%

Destaca ,contrariamente a lo esperado en relación con lo esperado de que el subtipo paranoide no sigue en tratamiento (abandona) en mucho mayor número tras un primer contacto con los SSM , encontramos que siguen en tratamiento un porcentaje ligeramente mayor ( 62.5%) que los que no lo hacen ( un 52.9%) .

Encontramos una mayor proporción de pacientes con subtipo Hebefrénico y Residual entre los que no siguen en tratamiento , explicándose en el caso del subtipo residual por el traslado a residencias de ancianos al cumplir los 65 años o a recursos específicos como pisos supervisados (algunos de estos ubicados en otro distrito del área), sobretudo entre aquellos que contactaron con el CSM al ser desinstitucionalizados ( del H. Psiquiátrico de referencia de este distrito H. Rodríguez Lafora), y ser pacientes de avanzada edad y todos ellos crónicos.

## SUBTIPO DIAGNÓSTICO FINAL

Tabla 161:

		GRUPO			
		Pacientes que NO siguen en tratamiento		Pacientes que SIGUEN en tratamiento	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
Diagnóstico final codificado	295.0 Esquizofrenia	2	2.5%	1	1.4%
	295.1 E. Hebefrénica	1	1.3%	1	1.4%
	295.2 E. Catatónica	1	1.3%	2	2.8%
	295.3 E. Paranoide	39	49.4%	36	50.0%
	295.4 Episodio esq. agudo	3	3.8%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	1.3%	0	.0%
	295.6 E. Residual	18	22.8%	19	26.4%
	295.7 Esquizoafectivo	9	11.4%	12	16.7%
	295.8 Otras	3	3.8%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	2	2.5%	1	1.4%

En este caso como es de esperar dentro del grupo que sigue en tratamiento hay un mayor porcentaje de los subtipos catatónico, hebefrénico y paranoide. Aumentando el número de los subtipos Residual y Esquizoafectivo, y disminuyendo los subtipos Agudo, Latente, Otras y Sin especificar.

**TABLAS RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS  
DE LA MUESTRA TOTAL**

**TABLA RESUMEN I : CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**TABLA RESUMEN II : SUBTIPO DIAGNÓSTICO DE LAS PACIENTES**

**TABLA RESUMEN III : SUBGRUPOS MUESTRALES . CLASIFICACIÓN PACIENTES**

**TABLA RESUMEN IV : CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

**TABLA RESUMEN V : FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD**

**TABLA RESUMEN VI : FACTORES PSICOSOCIALES. ESTUDIO DE VALORES**

**TABLA RESUMEN VII : ASISTENCIA EN LOS SERVICIO DE SALUD MENTAL**

**TABLA RESUMEN VIII : TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL**





TABLA RESUMEN 162 : CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

		Media	N	%
<b>Edad</b>		53.30	151	100.0%
<b>Zona</b>	Rural		47	31.1%
	Urbano		104	68.9%
<b>Estado civil</b>	Soltera		73	48.3%
	Casada		50	33.1%
	Viuda		13	8.6%
	Separada-Divorciada		15	9.9%
Estado civil Con o sin pareja (soltera, viuda, separada)	Sin pareja		101	66.9%
	Con pareja		50	33.1%
<b>Nivel educativo</b>	Analfabeto		11	8.0%
	Primarios		79	57.2%
	Bachiller		16	11.6%
	Formación profesional		21	15.2%
	Universitarios		11	8.0%
<b>Ocupación agrupada</b>	Profesionales independ/liberales/empresarios/directivos (grupo 1)		6	4.2%
	Trabajo cualificado		19	13.3%
	Trabajo no cualificado		46	32.2%
	Amas de casa		67	46.9%
	Estudiantes		5	3.5%
<b>Situación laboral</b>	Trabajando		17	11.6%
	Ama de casa		29	19.9%
	No trabaja (parado, pensionista)		62	42.5%
	Incapacidad laboral		38	26.0%
<b>Minusvalía concedida</b>	No		119	78.8%
	Sí minusvalía		32	21.2%
<b>Convivencia codificada 1</b>	Solo		12	7.9%
	Con padres		45	29.8%
	Con familiares y otros		80	53.0%
	Residencia o piso tutelado		14	9.3%
<b>Residencia</b>	No		137	90.7%
	Residencia		9	6.0%
	Piso tutelado		5	3.3%

TABLA RESUMEN 163 : SUBTIPO DIAGNÓSTICO DE LAS PACIENTES

		N	%
<b>Subtipo Diagnóstico inicial</b>	295.0 Esquizofrenia	5	3.3%
	295.1 E. Hebefrénica	8	5.3%
	295.2 E. Catatónica	3	2.0%
	295.3 E. Paranoide	86	57.0%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	8	5.3%
	295.5 E. Latente	1	.7%
	295.6 E. Residual	15	9.9%
	295.7 Esquizoafectivo	17	11.3%
	295.8 Otras	2	1.3%
	295.9 Sin especificar	6	4.0%
<b>Subtipo Diagnóstico final</b>	295.0 Esquizofrenia	3	2.0%
	295.1 E. Hebefrénica	2	1.3%
	295.2 E. Catatónica	3	2.0%
	295.3 E. Paranoide	75	49.7%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	3	2.0%
	295.5 E. Latente	1	.7%
	295.6 E. Residual	37	24.5%
	295.7 Esquizoafectivo	21	13.9%
	295.8 Otras	3	2.0%
	295.9 Sin especificar	3	2.0%

TABLA 164 : SUBGRUPOS MUESTRALES : CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES

		N	%
Grupo	Pacientes que NO siguen en tratamiento	79	52.3%
	Pacientes que siguen en tratamiento	72	47.7%
TOTAL MUESTRA		151	100%

TABLA RESUMEN 165 : CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

		Recuento	Media	Desviación típica	%
Tiempo de atención en los SSM (en años)		151	9.69	7.50	
Edad de inicio		151	28.26	10.72	
Edad en el primer ingreso		151	28.15	9.90	
Número de ingresos		151	3.06	3.39	
Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio		151	1.81	2.81	
Ingresos involuntarios	No	63			50.0%
	Sí	63			50.0%
Intentos de suicidio	No	98			74.8%
	Sí	33			25.2%
Episodios de agresividad física	No	90			72.6%
	Sí	34			27.4%
Inicio de la enfermedad	Agudo	45			29.8%
	Subagudo	72			47.7%
	No consta	34			22.5%
Inicio relacionado con Estrés	Sí	66			43.7%
	No	20			13.2%
	No consta	65			43.0%
Inicio relacionado con Drogas	Sí	8			5.3%
	No	85			56.3%
	No consta	58			38.4%
Conciencia de enfermedad	No	53			37.3%
	Sí	89			62.7%
Inicio Precoz (<25 años) o >26 años	Inicio precoz	72			47.7%
	Inicio tardío	79			52.3%
Inicio <45 años o Tardío ( ≥45 años)	Inicio precoz	135			89.4%
	Inicio tardío	16			10.6%
Evolución menor o mayor de 20 años	Menor de 20 años de evolución	80			53.0%
	Más de 20 años de evolución	71			47.0%

TABLA RESUMEN 166 : FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD

		N	%	Media	Desviación típica
<b><u>ANTECEDENTES</u></b>					
Antecedentes consumo de alcohol	No	105	82.7%		
	Sí	22	17.3%		
Antecedentes consumo de drogas	No	108	85.7%		
	Sí	18	14.3%		
Antecedentes consumo de tabaco	No	59	70.2%		
	Sí	25	29.8%		
de juego	No	74	97.4%		
	Sí	2	2.6%		
<b><u>CONSUMO ACTUAL</u></b>					
Consumo actual de alcohol	No	114	85.7%		
	Sí	19	14.3%		
Consumo actual de drogas	No	121	90.3%		
	Sí	13	9.7%		
Consumo actual de tabaco	No	63	68.5%		
	Sí	29	31.5%		
Juego actual	No	79	97.5%		
	Sí	2	2.5%		
Antecedentes obstétricos	No	38	79.2%		
	Sí	10	20.8%		
Número de partos		151		1.35	1.57
Número de abortos		151		.55	.85
<b>Antecedentes familiares</b>					
Antecedentes familiares de primer grado de enfermedad mental	No	46	43.4%		
	Sí	60	56.6%		
Antecedentes familiares de segundo grado de enfermedad mental	No	76	74.5%		
	Sí	26	25.5%		

**TABLA RESUMEN 167 : FACTORES PSICOSOCIALES  
ESTUDIO DE VALORES**

		N	%
<b>Incapacitación legal</b>	No	142	94.0%
	Sí	9	6.0%
<b>Entorno familiar</b>	Buen apoyo	93	61.6%
	Escaso apoyo	33	21.9%
	Ningún apoyo	10	6.6%
	Ningún contacto	2	1.3%
	No consta	13	8.6%
<b>Factores de estrés</b>			
Factores de estrés importantes o relacionados con recaídas	No	39	25.8%
	Si	112	74.2%
Factores de estrés en el último año	No	138	91.4%
	Sí	13	8.6%
<b>Suicidio en la familia</b>	No	143	94.7%
	Si	8	5.3%
<b>Estudio de valores</b>			
Valores religiosos	No		39.3%
	Sí	11	60.7%
Valores estéticos	No	17	82.1%
	Si	23	17.9%
Valores económicos	No	5	96.4%
	Si	27	3.6%
Pertenencia a ONG	No	1	82.9%
	Si	29	17.1%
Pertenencia a grupo musical/ coro	No	6	100.0%
	Sí	35	.0%
Pertenencia a asociación, de vecinos, enfermos, otras	No	26	74.3%
	Sí	9	25.7%

TABLA RESUMEN 168 : ASISTENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

	N	Media	Desviación típica	%
<b>Nº profesionales atienden a cada paciente</b>				
Nº de psiquiatras distintos	151	3	2	
Nº de psicólogos	151	.29	.85	
Nº D.U.E.	151	1.23	.99	
Nº de trabajadores sociales	151	.81	.92	
Nº de Terapeutas Ocupacionales	151	.40	.64	
<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>				
No	87			66.9%
Sí	43			33.1%
<b>Adherencia a tratamiento</b>				
Adherencia a la medicación				
No	50			36.5%
Sí	87			63.5%
Adherencia a otros tratamientos (citas, revision, actividades, rehabilitacion, grupos)				
No	54			39.7%
Sí	82			60.3%

TABLA RESUMEN 169 : TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

FÁRMACOS ACTUALES	N	%
Solo NL	44	29,1%
Solo BZD	1	0,7%
Solo AC	0	0%
NL + BZD + AC	23	15,2%
NL + BZD	34	22,5%
NL + AC	14	9,3%
BZD + AC	1	0,7%
Otros tratamientos	2	1,4%
No registrado en HC	32	21,2%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	

NL: neurolépticos; BZD: benzodiacepinas; AC: anticolinérgicos; HC: Historia clínica.

## 6.3 ANÁLISIS INFERENCIAL

### 6.3.1 COMPARACIÓN UNIVARIANTE

#### GRUPOS ESTUDIADOS:

- PACIENTES QUE SIGUEN EN TRATAMIENTO Y PACIENTES QUE LO ABANDONARON
- PACIENTES DE ZONA RURAL Y URBANA
- EDAD DE INICIO PRECOZ Y TARDÍO DE LA ENFERMEDAD
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN MAYOR O MENOR DE 20 AÑOS
- PACIENTES NULÍPARAS Y PACIENTES CON HIJOS.

### 6.3.2 COMPARACIÓN MULTIVARIANTE

#### GRAVEDAD:

- INTENTOS DE SUICIDIO (SI O NO)
- NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES
- NÚMERO DE RECAÍDAS

#### SEGUIMIENTO EN LOS SSM:

- FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL ABANDONÓ O NO DEL TRATAMIENTO EN EL CSM.





### 6.3.1 COMPARACIÓN UNIVARIANTE

Comparación de forma univariante de diferentes grupos de pacientes mujeres con Esquizofrenia en sus características demográficas y en sus características de la enfermedad en estudio.

Marcamos en **color amarillo** las variables que difieren de forma significativa entre los dos grupos de pacientes. **En negrita** aquellos porcentajes en los que sin ser estadísticamente significativos, hay una diferencia destacada y se discutirán en apartado 7 correspondiente a la DISCUSIÓN.

#### 6.3.1.1 COMPARACIÓN ENTRE GRUPO DE PACIENTES QUE SIGUEN EN TRATAMIENTO Y GRUPO DE PACIENTES QUE LO ABANDONARON

TABLA 170: SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL Y FINAL:

		Grupo			
		Pacientes que <b>NO</b> siguen en tratamiento		Pacientes que siguen en tratamiento	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo Diagnóstico inicial</b>	295.0 Esquizofrenia	3	3.8%	2	2.8%
	295.1 E. Hebefrénica	5	6.3%	3	4.2%
	295.2 E. Catatónica	1	1.3%	2	2.8%
	295.3 E. Paranoide	41	<b>51.9%</b>	45	<b>62.5%</b>
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	6	7.6%	2	2.8%
	295.5 E. Latente	1	1.3%	0	.0%
	295.6 E. Residual	9	11.4%	6	8.3%
	295.7 Esquizoafectivo	7	<b>8.9%</b>	10	<b>13.9%</b>
	295.8 Otras	2	2.5%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	4	5.1%	2	2.8%
<b>Subtipo Diagnóstico final</b>	295.0 Esquizofrenia	2	2.5%	1	1.4%
	295.1 E. Hebefrénica	1	1.3%	1	1.4%
	295.2 E. Catatónica	1	1.3%	2	2.8%
	295.3 E. Paranoide	39	49.4%	36	50.0%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	3	3.8%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	1.3%	0	.0%
	295.6 E. Residual	18	22.8%	19	26.4%
	295.7 Esquizoafectivo	9	<b>11.4%</b>	12	<b>16.7%</b>
	295.8 Otras	3	3.8%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	2	2.5%	1	1.4%

TABLA 171: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

		Grupo					
		Pacientes <b>NO</b> siguen en tratamiento			Pacientes que siguen en tratamiento		
		Media	N	%	Media	N	%
<b>Edad</b>		55.18	79	100.0%	51.25	72	100.0%
<b>Zona</b>							
	Rural		29	<b>36.7%</b>		18	<b>25.0%</b>
	Urbano		50	63.3%		54	75.0%
<b>Estado civil</b>							
	Soltera		38	48.1%		35	48.6%
	Casada		25	<b>31.6%</b>		25	<b>34.7%</b>
	Viuda		9	11.4%		4	5.6%
	Separada-Divorciada		7	8.9%		8	11.1%
Estado civil Casado o sin pareja (soltera, viuda, separada)	Sin pareja		54	<b>68.4%</b>		47	<b>65.3%</b>
	Con pareja		25	31.6%		25	34.7%
<b>Nivel educativo</b>							
	Analfabeto		7	10.1%		4	5.8%
	Primarios		<b>33</b>	<b>47.8%</b>		<b>46</b>	<b>66.7%</b>
	Bachiller		<b>12</b>	<b>17.4%</b>		<b>4</b>	<b>5.8%</b>
	Formación profesional		9	13.0%		12	17.4%
	Universitarios		8	11.6%		3	4.3%
<b>Ocupación agrupada</b>							
	Profesionales independientes/ liberales/empresarios/directivos (grupo 1)		4	5.3%		2	3.0%
	Trabajo cualificado		12	15.8%		7	10.4%
	Trabajo no cualificado		26	34.2%		20	29.9%
	Amas de casa		31	40.8%		36	53.7%
	Estudiantes		3	3.9%		2	3.0%
<b>Situación laboral</b>							
	Trabajando		9	11.8%		8	11.4%
	Ama de casa		14	18.4%		15	21.4%
	No trabaja (parado, pensionista)		37	48.7%		25	35.7%
	Incapacidad laboral		16	21.1%		22	31.4%
<b>Convivencia</b>							
	Solo		9	11.4%		3	4.2%
	Otros		27	34.2%		18	25.0%
	Padres		21	26.6%		24	33.3%
	Cónyuge		14	17.7%		13	18.1%
	Cónyuge + hijos		8	<b>10.1%</b>		14	<b>19.4%</b>
<b>Convivencia codificada 1</b>							
	Solo		9	11.4%		3	4.2%
	Familia de origen (padres)		21	<b>26.6%</b>		24	<b>33.3%</b>
	Familia propia (conyuge,hijos)		22	<b>27.8%</b>		27	<b>37.5%</b>
	Otros		17	21.5%		14	19.4%
	Residencia o piso tutelado		10	12.7%		4	5.6%

Al aplicar Chi-cuadrado para el estudio de las variables que se recogen en el siguiente cuadro, solo encontramos diferencias significativas entre ambos grupos (grupo pacientes siguen en tto y grupo pacientes que abandona el tratamiento) en la conciencia de enfermedad y años de evolución ( mayor o menor de 20 años).

#### Aplicación de pruebas de Chi-cuadrado de Pearson

		Grupo
<b>Ingresos involuntarios</b>	Chi-cuadrado	.032
	gl	1
	Sig.	.858
<b>Intentos de suicidio</b>	Chi-cuadrado	.002
	gl	1
	Sig.	.961
<b>Episodios de agresividad física</b>	Chi-cuadrado	.110
	gl	1
	Sig.	.740
<b>Inicio de la enfermedad</b>	Chi-cuadrado	1.984
	gl	2
	Sig.	.371
<b>Inicio relacionado con Estrés</b>	Chi-cuadrado	.691
	gl	2
	Sig.	.708
<b>Inicio relacionado con Drogas</b>	Chi-cuadrado	.309
	gl	2
	Sig.	.857(a)
<b>Conciencia de enfermedad</b>	Chi-cuadrado	20.437
	gl	1
	Sig.	.000(*)
<b>Inicio &lt;45 años o Tardío (&gt;=45 años)</b>	Chi-cuadrado	.111
	gl	1
	Sig.	.739
<b>Evolución menor o mayor de 20 años</b>	Chi-cuadrado	5.441
	gl	1
	Sig.	.020(*)

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

\* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05. (señalado en amarillo)

a Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5.  
Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.

TABLA 172: FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD :

		Grupo							
		Pacientes que <b>NO</b> siguen en <b>tratamiento</b>				Pacientes que siguen <b>en tratamiento</b>			
		Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica	Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica
<b>Antecedentes consumo de alcohol</b>	No	52	83.9%			53	81.5%		
	Sí	10	16.1%			12	18.5%		
<b>Antecedentes consumo de drogas</b>	No	52	83.9%			56	87.5%		
	Sí	10	16.1%			8	12.5%		
<b>Antecedentes consumo de tabaco</b>	No	27	75.0%			32	66.7%		
	Sí	9	25.0%			16	33.3%		
<b>Antecedentes juego</b>	No	37	97.4%			37	97.4%		
	Sí	1	2.6%			1	2.6%		
<b>Consumo actual de alcohol</b>	No	56	86.2%			58	85.3%		
	Sí	9	13.8%			10	14.7%		
<b>Consumo actual de drogas</b>	No	61	92.4%			60	88.2%		
	Sí	5	7.6%			8	11.8%		
<b>Consumo actual de tabaco</b>	No	28	71.8%			35	66.0%		
	Sí	11	28.2%			18	34.0%		
<b>Juego actual</b>	No	39	97.5%			40	97.6%		
	Sí	1	2.5%			1	2.4%		
<b>Antecedentes obstétricos</b>	No	14	73.7%			24	82.8%		
	Sí	5	26.3%			5	17.2%		
<b>Antecedentes familiares de primer grado enf. mental</b>	No	18	34.6%			28	51.9%		
	Sí	34	65.4%			26	48.1%		
<b>Antecedentes familiares de segundo grado enfermed.mental</b>	No	35	71.4%			41	77.4%		
	Sí	14	28.6%			12	22.6%		
<b>Número de partos</b>		79		1.32	1.57	72		1.38	1.58
<b>Número de abortos</b>		79		.33	.62	72		.75	1.00

TABLA 173: OTRAS VARIABLES:

		Grupo							
		Pacientes que <b>NO</b> siguen en <b>tratamiento</b>				Pacientes que siguen <b>en tratamiento</b>			
		Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna	Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna
Nº de psiquiatras distintos		79	2	1		72	3	2	
Nº de psicólogos “		79	.41	1.10		72	.16	.41	
Nº D.U.E. “		79	.90	.75		72	1.58	1.10	
Nº de T. Sociales “		79	.67	.97		72	.96	.84	
Nº de T.Ocupacionales		79	.30	.58		72	.50	.69	
Incluido en programa de rehabilitación	No	55			85.9%	32			48.5%
	Sí	9			14.1%	34			51.5%
Adherencia a la medicación	No	37			53.6%	13			19.1%
	Sí	32			46.4%	55			80.9%
Adherencia a otros ttos (citas revision, rehabilitacion, grupos)	No	39			57.4%	15			22.1%
	Sí	29			42.6%	53			77.9%
Incapacitación legal	No	73			92.4%	69			95.8%
	Sí	6			7.6%	3			4.2%
Entorno familiar	Buen apoyo	39			49.4%	54			75.0%
	Escaso apoyo	22			27.8%	11			15.3%
	Ningún apoyo	9			11.4%	1			1.4%
	Ningún contacto	2			2.5%	0			.0%
	No Datos	7			8.9%	6			8.3%
Valores religiosos	No	5			35.7%	6			42.9%
	Sí	9			64.3%	8			57.1%
Valores estéticos	No	12			85.7%	11			78.6%
	Sí	2			14.3%	3			21.4%
Valores económicos	No	14			100.0%	13			92.9%
	Sí	0			.0%	1			7.1%

Pertenencia a ONG	No	13		86.7%	16		80.0%
	Sí	2		13.3%	4		20.0%
Pertenencia a grupo musical coro	No	15		100.0%	20		100.0%
	Sí	0		.0%	0		.0%
Pertenencia a asociación vecinos, enf., otras	No	11		73.3%	15		75.0%
	Sí	4		26.7%	5		25.0%
<b>Factores de estrés importantes o relacionados con recaídas</b>	No	20		25.3%	19		26.4%
	Sí	59		74.7%	53		73.6%
<b>Factores de estrés en el último año</b>	No	74		93.7%	64		88.9%
	Sí	5		6.3%	8		11.1%
<b>Suicidio en la familia</b>	No	73		92.4%	70		97.2%
	Sí	6		7.6%	2		2.8%

En la comparación de los dos grupos de mujeres con Esquizofrenia que *continúan en tratamiento* y el grupo de mujeres con Esquizofrenia que *abandonaron (no continúan) el tratamiento* en el CSM en el momento de la realización de estudio observamos que :

- No hay diferencias significativas en el subtipo diagnóstico inicial ni en el final.
- No hay diferencias significativas en edad, zona, estado civil , ocupación, situación laboral o convivencia.
- Existe una diferencia significativa ( $p<0,05$ ) en la proporción de mujeres con estudios primarios , que es mayor en el grupo que sigue en tratamiento, así como menor proporción de mujeres con estudios de bachiller en este grupo.
- Existe una diferencia significativa ( $p<0,05$ ) en la situación laboral en la proporción de mujeres que se encuentran en paro o pensionistas, mayor en el grupo de pacientes que no siguen en tratamiento.
- Encontramos diferencias significativas ( $p<0,001$ ) en el tiempo de atención en los SSM, mayor en las pacientes del grupo que sigue en tratamiento en el momento del estudio.

- Encontramos diferencias significativas ( $p<0,05$ ) en el número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio que es mayor en las mujeres que no siguen en tratamiento en los SSM.
- La proporción de mujeres con conciencia de la enfermedad es significativamente mayor ( $p<0,0001$ ) en el grupo de pacientes que continúan en los SSM.
- Encontramos diferencias significativas ( $p<0,02$ ) en el tiempo de evolución de la enfermedad menor o mayor de 20 años, la proporción de mujeres con evolución mayor de 20 años es mayor en las que continúan en tratamiento en los SSM.
- No hay diferencias significativas en los antecedentes de consumo de alcohol, tabaco, drogas y juego.
- No encontramos diferencias en los antecedentes obstétricos, en el número de partos y abortos ni en los antecedentes familiares de enfermedad mental.
- El número de psiquiatras y DUE distintos que han atendido a la paciente es significativamente mayor en el grupo de pacientes que continúan en tratamiento en los SSM.
- Las pacientes incluidas en los programas de rehabilitación es mayor en el grupo de pacientes que continúan en tratamiento en los SSM ( $p<0,0001$ ).
- La adherencia a la medicación es significativamente mayor ( $p<0,0001$ ) en el grupo de mujeres que continúan en tratamiento, así como la adherencia a otros tratamientos ( $p<0,0001$ ).
- En el entorno familiar encontramos mayor proporción ( $p<0,05$ ) de mujeres con buen apoyo familiar en el grupo que continúa en tratamiento, y la proporción de mujeres con ningún apoyo es significativamente mayor en las que no siguen en tratamiento ( $p<0,05$ ).





### 6.3.1.2. COMPARACIÓN ENTRE GRUPO DE PACIENTES DE ZONA RURAL Y URBANA

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 47 corresponden a la zona rural y 104 a mujeres de la zona urbana.

TABLA 174: SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL Y FINAL:

		Zona			
		Rural		Urbano	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo Diagnóstico inicio</b>	295.0 Esquizofrenia	2	4.3%	3	2.9%
	295.1 E. Hebefrénica	4	<b>8.5%</b>	4	<b>3.8%</b>
	295.2 E. Catatónica	0	<b>.0%</b>	3	<b>2.9%</b>
	295.3 E. Paranoide	28	59.6%	58	55.8%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	2	4.3%	6	5.8%
	295.5 E. Latente	0	.0%	1	1.0%
	295.6 E. Residual	4	8.5%	11	10.6%
	295.7 Esquizoafectivo	5	10.6%	12	11.5%
	295.8 Otras	0	.0%	2	1.9%
	295.9 Sin especificar	2	4.3%	4	3.8%
<b>Subtipo Diagnóstico final</b>	295.0 Esquizofrenia	2	4.3%	1	1.0%
	295.1 E. Hebefrénica	0	.0%	2	1.9%
	295.2 E. Catatónica	0	.0%	3	2.9%
	295.3 E. Paranoide	24	51.1%	51	49.0%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	0	.0%	3	2.9%
	295.5 E. Latente	0	.0%	1	1.0%
	295.6 E. Residual	15	<b>31.9%</b>	22	<b>21.2%</b>
	295.7 Esquizoafectivo	5	10.6%	16	15.4%
	295.8 Otras	1	2.1%	2	1.9%
	295.9 Sin especificar	0	.0%	3	2.9%

TABLA 175: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

		Zona					
		Rural			Urbano		
		Media	N	%	Media	N	%
<b>Edad</b>		52.60	47	100.0%	53.63	104	100.0%
<b>Zona</b>							
	Rural		47	100.0%		0	.0%
	Urbano		0	.0%		104	100.0%
<b>Estado civil</b>							
	Soltera		22	46.8%		51	49.0%
	Casada		17	36.2%		33	31.7%
	Viuda		5	<b>10.6%</b>		8	<b>7.7%</b>
	Separada-Divorciada		3	<b>6.4%</b>		12	<b>11.5%</b>
<b>Estado civil Con o sin pareja</b>	Sin pareja (soltera,viuda,separada)		30	63.8%		71	68.3%
	Con pareja		17	36.2%		33	31.7%
<b>Nivel educativo</b>							
	Analfabeto		4	<b>9.3%</b>		7	<b>7.4%</b>
	Primarios		27	62.8%		52	54.7%
	Bachiller		6	14.0%		10	10.5%
	Formación profesional		4	9.3%		17	17.9%
	Universitarios		2	<b>4.7%</b>		9	<b>9.5%</b>
<b>Ocupación agrupada</b>							
	Profesionales independiente/liberales/empresarios/directivos (grupo 1)		3	<b>6.5%</b>		3	<b>3.1%</b>
	Trabajo cualificado		6	13.0%		13	13.4%
	Trabajo no cualificado		14	30.4%		32	33.0%
	Amas de casa		22	47.8%		45	46.4%
	Estudiantes		1	2.2%		4	4.1%
<b>Situación laboral</b>							
	Trabajando		6	13.0%		11	11.0%
	Ama de casa		10	21.7%		19	19.0%
	No trabaja (parado, pensionista)		21	45.7%		41	41.0%
	Incapacidad laboral		9	<b>19.6%</b>		29	<b>29.0%</b>
<b>Convivencia codificada 1</b>							
	Solo		6	<b>12.8%</b>		6	<b>5.8%</b>
	Con familia de origen (padres)		18	38.3%		27	26.0%
	Con familia propia y otros		19	40.4%		61	58.7%
	Residencia o piso tutelado		4	8.5%		10	9.6%

TABLA 176: FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD :

	Zona							
	Rural				Urbano			
	Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna	Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna
Tiempo en años de atención en los SSM	47	<b>8.69</b>	6.81		104	<b>10.14</b>	7.79	
Edad de inicio	47	<b>29.15</b>	10.76		104	<b>27.86</b>	10.73	
Edad del primer ingreso	47	<b>28.57</b>	10.74		104	<b>27.89</b>	9.49	
Número de ingresos	47	3.06	3.08		104	3.06	3.54	
Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio	47	1.96	1.91		104	1.75	3.14	
Ingresos involuntarios	No	20		48.8%	43			50.6%
	Si	21		<b>51.2%</b>	42			<b>49.4%</b>
Intentos de suicidio	No	33		78.6%	65			73.0%
	Si	9		<b>21.4%</b>	24			<b>27.0%</b>
Episodios de agresiv. Fis.	No	29		70.7%	61			73.5%
	Si	12		<b>29.3%</b>	22			<b>26.5%</b>
Inicio de la enfermedad	Agudo	13		27.7%	32			30.8%
	Subagudo	26		<b>55.3%</b>	46			<b>44.2%</b>
	No consta	8		17.0%	26			25.0%
Inicio relacionado con estrés	Si	19		<b>40.4%</b>	47			<b>45.2%</b>
	No	8		17.0%	12			11.5%
	No consta	20		42.6%	45			43.3%
Inicio relacionado con drogas	Si	2		<b>4.3%</b>	6			<b>5.8%</b>
	No	29		61.7%	56			53.8%
	No consta	16		34.0%	42			40.4%
Conciencia enfermedad	No	20		44.4%	33			34.0%
	Si	25		<b>55.6%</b>	64			<b>66.0%</b>
Edad Inicio <45 a, o tardío (>=45 )	Edad Inicio <45años	43		91.5%	92			88.5%
	Inicio tardío	4		<b>8.5%</b>	12			<b>11.5%</b>
Evolución < o > de 20 a	< de 20 a	29		61.7%	51			49.0%
	> de 20 a.	18		<b>38.3%</b>	53			<b>51.0%</b>

TABLA 176 CONT.-

		Zona							
		Rural				Urbano			
		Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica	Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica
<b>Antecedentes consumo de drogas</b>	No	34	94.4%			74	82.2%		
	Sí	2	5.6%			16	17.8%		
<b>Antecedentes consumo de alcohol</b>	No	31	88.6%			74	80.4%		
	Sí	4	11.4%			18	19.6%		
<b>Antecedentes consumo de tabaco</b>	No	14	63.6%			45	72.6%		
	Sí	8	<b>36.4%</b>			17	27.4%		
<b>Antecedentes juego</b>	No	18	94.7%			56	98.2%		
	Sí	1	<b>5.3%</b>			1	<b>1.8%</b>		
<b>Consumo actual de alcohol</b>	No	37	90.2%			77	83.7%		
	Sí	4	<b>9.8%</b>			15	<b>16.3%</b>		
<b>Consumo actual de drogas</b>	No	40	95.2%			81	88.0%		
	Sí	2	<b>4.8%</b>			11	<b>12.0%</b>		
<b>Consumo actual de tabaco</b>	No	17	60.7%			46	71.9%		
	Sí	11	39.3%			18	28.1%		
<b>Juego actual</b>	No	20	95.2%			59	98.3%		
	Sí	1	4.8%			1	1.7%		
<b>Antecedentes obstétricos</b>	No	7	77.8%			31	79.5%		
	Sí	2	22.2%			8	20.5%		
<b>Antecedentes familiares de primer grado de enf. mental</b>	No	18	51.4%			28	39.4%		
	Sí	17	48.6%			43	60.6%		
<b>Antecedentes familiares de segundo grado de enf. mental</b>	No	25	73.5%			51	75.0%		
	Sí	9	26.5%			17	25.0%		
<b>Número de partos</b>		47		1.21	1.47	104		1.42	1.62
<b>Número de abortos</b>		47		.44	.73	104		.59	.91

TABLA 177: OTROS FACTORES

		Zona							
		Rural				Urbano			
		Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna	Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna
Nº de psiquiatras distintos		47	3	1		104	3	2	
Nº de psicólogos		47	.11	.32		104	.38	1.00	
Nº D.U.E.		47	.86	.77		104	1.40	1.04	
Nº de T. Sociales		47	.51	.74		104	.95	.96	
Nº de T.O.		47	.15	.42		104	.51	.69	
Incluido en programa de rehabilitación	No	36			85.7%	51			58.0%
	Sí	6			14.3%	37			42.0%
Adherencia a la medicación	No	21			47.7%	29			31.2%
	Sí	23			52.3%	64			68.8%
Adherencia a otros ttos (citas revision, rehabilitacion, grupos)	No	25			56.8%	29			31.5%
	Sí	19			43.2%	63			68.5%
Incapacitación legal	No	43			91.5%	99			95.2%
	Sí	4			8.5%	5			4.8%
Apoyo familiar	Bueno	26			55.3%	67			64.4%
	Escaso	13			27.7%	20			19.2%
	Ninguno	3			6.4%	7			6.7%
	Sin contacto	0			.0%	2			1.9%
	No datos	5			10.6%	8			7.7%
Valores religiosos	No	3			60.0%	8			34.8%
	Sí	2			40.0%	15			65.2%
Valores estéticos	No	5			100.0%	18			78.3%
	Sí	0			.0%	5			21.7%
Valores económicos	No	5			100.0%	22			95.7%
	Sí	0			.0%	1			4.3%
Pertenencia a ONG	No	6			85.7%	23			82.1%
	Sí	1			14.3%	5			17.9%
Pertenencia a grupo musical /coral	No	7			100.0%	28			100.0%
	Sí	0			.0%	0			.0%

Pertenencia a asociaciones (vecinos, enf., otras)	No	6							
	Sí	1			85.7%	20			71.4%
					14.3%	8			28.6%
<b>Factores de estrés imp. o relacionados con recaídas</b>	No	15			31.9%	24			23.1%
	Sí	32			<b>68.1%</b>	80			<b>76.9%</b>
<b>Factores de estrés en el último año</b>	No	44			93.6%	94			90.4%
	Sí	3			<b>6.4%</b>	10			<b>9.6%</b>
<b>Suicidio en la familia</b>	No	44			93.6%	99			95.2%
	Sí	3			<b>6.4%</b>	5			<b>4.8%</b>

En la comparación de mujeres con Esquizofrenia de los ambientes rural y urbano incluidas en el estudio encontramos diferencias estadísticamente significativas:

- En el número de DUE, trabajadores sociales y TO que intervienen en el tratamiento , siendo significativamente mayor ( $p<0,05$ ) en las mujeres que viven en entorno urbano.
- Se incluye mayor proporción de pacientes en los programas de rehabilitación en el entorno urbano ( $p=0,002$ ).
- La adherencia a la medicación no presenta diferencias, pero sí una mayor adherencia a otros tratamientos en las mujeres de entorno urbano ( $p=0,005$ ).

### 6.3.1.3 COMPARACIÓN GRUPO DE MUJERES CON EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD ANTERIOR O POSTERIOR A LOS 25 AÑOS

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 72 corresponden a edad de inicio menor o igual de 25 años y 79 a mujeres con edad de inicio de la Esquizofrenia mayor de 25 años.

TABLA 178: SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL Y FINAL:

		Edad inicio de la Enfermedad <= 25 años y >25 años			
		Edad inicio <=25 a		Edad inicio >25 a	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo diagnóstico inicio</b>	295.0 Esquizofrenia	3	4.2%	3	3.8%
	295.1 E. Hebefrénica	5	6.9%	3	3.8%
	295.2 E. Catatónica	2	2.8%	1	1.3%
	295.3 E. Paranoide	35	48.6%	48	60.8%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	8	11.1%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	1.4%	0	.0%
	295.6 E. Residual	8	11.1%	10	12.7%
	295.7 Esquizoafectivo	7	9.7%	10	12.7%
	295.8 Otras	1	1.4%	1	1.3%
	295.9 Sin especificar	2	2.8%	3	3.8%
<b>Subtipo Diagnóstico final</b>	295.0 Esquizofrenia	2	2.8%	1	1.3%
	295.1 E. Hebefrénica	2	2.8%	0	.0%
	295.2 E. Catatónica	2	2.8%	1	1.3%
	295.3 E. Paranoide	33	45.8%	45	57.0%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	3	4.2%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	1.4%	0	.0%
	295.6 E. Residual	16	22.2%	18	22.8%
	295.7 Esquizoafectivo	10	13.9%	11	13.9%
	295.8 Otras	2	2.8%	1	1.3%
	295.9 Sin especificar	1	1.4%	2	2.5%

TABLA 179: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

		Edad inicio de la Enfermedad <= 25 años y >25 años					
		Edad inicio <=25 a			Edad inicio >25 a		
		Media	Recuento	% del N válido de columna	Media	Recuento	% del N válido de columna
<b>Edad</b>		44.69	72	100.0%	61.15	79	100.0%
<b>Edad Inicio de la Esq.</b>	Inicio <= 25a		72	100.0%		0	.0%
	Inicio > 25a		0	.0%		79	100.0%
<b>Estado civil</b>	<b>Soltera</b>		53	73.6%		20	25.3%
	<b>Casada</b>		12	16.7%		38	48.1%
	Viuda		3	4.2%		10	12.7%
	Separada-Divorciada		4	5.6%		11	13.9%
<b>Estado civil con o sin pareja</b>	<b>Sin pareja (soltera, viuda, separada)</b>		60	83.3%		41	51.9%
	<b>Con pareja</b>		12	16.7%		38	48.1%
<b>Nivel educativo</b>	Analfabeto		0	.0%		11	15.7%
	Primarios		35	51.5%		44	62.9%
	Bachiller		10	14.7%		6	8.6%
	F. P.		14	20.6%		7	10.0%
	<b>Universitarios</b>		9	13.2%		2	2.9%
<b>Ocupación agrupada</b>	<b>Trabajo cualificado</b>		14	20.9%		11	14.1%
	<b>Trabajo no cualif.</b>		27	40.3%		19	24.4%
	<b>Ama de casa</b>		20	29.9%		47	60.3%
	<b>No trabaja</b>		6	9.0%		1	1.3%
<b>Situación laboral</b>	<b>Trabajando</b>		9	13.8%		9	11.7%
	<b>Ama de casa</b>		11	16.9%		34	44.2%
	<b>No trabaja (parado, pensionista)</b>		23	35.4%		22	28.6%
	<b>Incapacidad laboral</b>		22	33.8%		12	15.6%
<b>Convivencia</b>	<b>Solo</b>		4	5.6%		8	10.1%
	<b>Otros</b>		22	30.6%		22	27.8%
	<b>Familia origen</b>		35	48.6%		11	13.9%
	<b>Cónyuge</b>		6	8.3%		21	26.6%
	<b>Cónyuge con hijos</b>		5	6.9%		17	21.5%



## Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Edad Inicio <=25 años o >25 años
<b>Edad Inicio</b> <= 25 años o >25 años	Chi-cuadrado	.
	gl	.
	Sig.	.(a)
<b>Estado civil</b>	Chi-cuadrado	35.225
	gl	3
	Sig.	.000(*)
<b>Estado civil : con o sin pareja</b> (soltera, viuda, separada)	Chi-cuadrado	16.806
	gl	1
	Sig.	.000(*)
<b>Nivel educativo</b>	Chi-cuadrado	19.788
	gl	4
	Sig.	.001(*)
<b>Ocupación agrupada</b>	Chi-cuadrado	15.458
	gl	3
	Sig.	.001(*,b)
<b>Situación laboral</b>	Chi-cuadrado	12.361
	gl	2
	Sig.	.002(*)
<b>Situación laboral</b>	Chi-cuadrado	13.803
	gl	3
	Sig.	.003(*)
<b>Convivencia</b>	Chi-cuadrado	28.471
	gl	4
	Sig.	.000(*)

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

\* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

a No se ha realizado la prueba de chi-cuadrado para esta subtabla porque las variables de fila y columna son idénticas.

b Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.

Tabla 180: FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD

		Edad inicio de la Enfermedad <= 25 años y >25 años							
		Edad inicio <=25 a				Edad inicio >25 a			
		Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica	Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica
Antecedentes consumo de alcohol	No	54	85.7%			51	79.7%		
	Sí	9	14.3%			13	20.3%		
Antecedentes consumo de drogas	No	47	75.8%			61	95.3%		
	Sí	15	24.2			3	4.7%		
Antecedentes consumo de tabaco	No	21	56.8%			38	80.9%		
	Sí	16	43.2%			9	19.1%		
Antecedentes juego	No	35	94.6%			39	100.0%		
	Sí	2	5.4%			0	.0%		
Consumo actual de alcohol	No	57	87.7%			57	83.8%		
	Sí	8	12.3%			11	16.2%		
Consumo actual de drogas	No	56	84.8%			65	95.6%		
	Sí	10	15.2%			3	4.4%		
Consumo actual de tabaco	No	23	54.8%			40	80.0%		
	Sí	19	45.2%			10	20.0%		
Juego actual	No	38	95.0%			41	100.0%		
	Sí	2	5.0%			0	.0%		
Antecedentes obstétricos	No	22	75.9%			16	84.2%		
	Sí	7	24.1%			3	15.8%		
Antecedentes familiares de primer grado de enf.mental	No	25	45.5%			21	41.2%		
	Sí	30	54.5%			30	58.8%		
Antecedentes familiares de segund grad de enf.mental	No	36	65.5%			40	85.1%		
	Sí	19	34.5%			7	14.9%		
Número de partos		72		.48	1.15	79		2.04	1.51
Número de abortos		72		.40	.75	79		.82	.98

TABLA 181: OTRAS VARIABLES

		Edad inicio de la Enfermedad <= 25 años y >25 años							
		Edad inicio <=25 a				Edad inicio >25 a			
		Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna	Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna
Nº de psiquiatras distintos		72	3	2		79	3	2	
Nº de psicólogos		72	.47	1.13		79	.14	.45	
Nº D.U.E.		72	1.27	.99		79	1.19	1.00	
Nº de T. sociales		72	.94	.89		79	.69	.93	
Nº de T.O.		72	.53	.71		79	.28	.54	
Incluido en programa de rehabilitación	No	37			56.9%	50			76.9%
	Sí	28			43.1%	15			23.1%
Adherencia a medicación	No	22			32.8%	28			40.0%
	Sí	45			67.2%	42			60.0%
Adherencia a otros ttos (citas revision, rehabilitacion, grupos)	No	21			31.8%	33			47.1%
	Sí	45			68.2%	37			52.9%
Incapacitación legal	No	69			95.8%	73			92.4%
	Sí	3			4.2%	6			7.6%
Apoyo familiar	Bueno	44			61.1%	49			62.0%
	Escaso	15			20.8%	18			22.8%
	Ninguno	5			6.9%	5			6.3%
	Sin contacto	1			1.4%	1			1.3%
	No datos	7			9.7%	6			7.6%
Valores religiosos	No	6			37.5%	5			41.7%
	Sí	10			62.5%	7			58.3%
Valores estéticos	No	13			81.3%	10			83.3%
	Sí	3			18.8%	2			16.7%
Valores económicos	No	15			93.8%	12			100.0%
	Sí	1			6.3%	0			.0%
Pertenencia a ONG	No	14			77.8%	15			88.2%
	Sí	4			22.2%	2			11.8%
Pertenencia a grupo musical o coro	No	18			100.0%	17			100.0%
	Sí	0			.0%	0			.0%

Pertenencia a asociación vecinos, enf., otras	No	11	61.1%	15	88.2%
	Sí	7	38.9%	2	11.8%
Factores de estrés imp. o relacionados con recaídas	No	22	30.6%	17	21.5%
	Sí	50	69.4%	62	78.5%
Factores de estrés en el último año	No	65	90.3%	73	92.4%
	Sí	7	9.7%	6	7.6%
Suicidio en la familia	No	67	93.1%	76	96.2%
	Sí	5	6.9%	3	3.8%

En la comparación de las características de las mujeres en las que el inicio de la enfermedad es anterior a los 25 años inclusive o posterior a los 25 años , observamos las siguientes diferencias:

- Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la *edad* ( $p<0,05$ ) de las pacientes con inicio de la enfermedad posterior a los 25 años , que es significativamente superior.
- Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el *estado civil* ( $p<0,0001$ ) siendo superior el número de solteras en las mujeres con inicio de la enfermedad anterior a los 25 años, y mayor proporción de casadas en las mujeres con inicio de la enf. posterior a los 25 años.  
La proporción de mujeres sin pareja en las que tuvieron inicio de la enfermedad anterior a los 25 años es mayor que en aquellas con inicio posterior a los 25 años.
- Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el *nivel educativo* ( $p= 0,001$ ) encontrando mayor proporción de universitarias en las mujeres con inicio de la enfermedad anterior a los 25 años.
- Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la *ocupación* ( $p=0,001$ ) siendo mayor proporción de trabajadoras (cualificadas o no) o bien que no trabajan las mujeres del grupo de inicio anterior a los 25 años, y mayor proporción de amas de casa en las mujeres con inicio de la enfermedad posterior a dicha edad.
- La *situación laboral* difiere entre los dos grupos resultando significativamente mayor ( $p=0,002$ ) el número de mujeres en paro y en situación de incapacidad laboral en las mujeres con inicio de la enfermedad anterior a los 25 años y mayor la proporción de amas de casa en las mujeres con inicio de la enfermedad posterior a los 25 años.
- Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la *convivencia* ( $p<0,0001$ ) viviendo en mayor proporción con los padres las mujeres con inicio <25a de la enfermedad y en mayor proporción con el cónyuge o cónyuge más hijos si el inicio de la enfermedad es >25a.
- Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el *consumo de drogas y tabaco* en el pasado y actuales ( $p=0,002$  y  $0,016$ ;  $p=0,036$  y  $0,009$  respectivamente, superior en el grupo de pacientes con inicio de la enfermedad anterior a los 25 a.

- Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los *antecedentes familiares de segundo grado* ( $p=0,023$ ) con mayor proporción en las mujeres con inicio de la enfermedad anterior a los 25 años. No existen diferencias en los antecedentes en familiares de primer grado.
- El *número de partos* es significativamente mayor en las mujeres con inicio de la enfermedad posterior a los 25 años, pero no existen diferencias en el número de abortos ( $p<0,05$ ).
- El número de psicólogos y terapeutas ocupacionales que atienden a las pacientes, así como la inclusión en programas de rehabilitación es significativamente mayor en las mujeres con inicio anterior a los 25 años de la enfermedad.

#### 6.3.1.4 COMPARACIÓN GRUPO DE MUJERES CON EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD ANTERIOR O POSTERIOR A LOS 45 AÑOS (TARDÍO)

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 135 corresponden a edad de inicio menor o igual de 45 años y 16 a mujeres con edad de inicio de la Esquizofrenia mayor de 45 años.

TABLA 182: SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL Y FINAL:

		Inicio <45 años o Tardío ( $\geq 45$ años)			
		Inicio <45 años		Inicio tardío	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo Diagnóstico inicial</b>	295.0 Esquizofrenia	5	3.7%	0	.0%
	295.1 E. Hebefrénica	7	5.2%	1	6.3%
	295.2 E. Catatónica	3	2.2%	0	.0%
	295.3 E. Paranoide	74	<b>54.8%</b>	12	<b>75.0%</b>
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	8	5.9%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	.7%	0	.0%
	295.6 E. Residual	14	<b>10.4%</b>	1	<b>6.3%</b>
	295.7 Esquizoafectivo	16	<b>11.9%</b>	1	<b>6.3%</b>
	295.8 Otras	2	1.5%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	5	3.7%	1	6.3%
<b>Subtipo Diagnóstico final</b>	295.0 Esquizofrenia	3	2.2%	0	.0%
	295.1 E. Hebefrénica	2	1.5%	0	.0%
	295.2 E. Catatónica	3	2.2%	0	.0%
	295.3 E. Paranoide	66	<b>48.9%</b>	9	<b>56.3%</b>
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	3	2.2%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	.7%	0	.0%
	295.6 E. Residual	33	<b>24.4%</b>	4	<b>25.0%</b>
	295.7 Esquizoafectivo	19	<b>14.1%</b>	2	<b>12.5%</b>
	295.8 Otras	3	2.2%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	2	1.5%	1	6.3%

TABLA 183: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

		Inicio <45 años o Tardío (>=45 años)					
		Inicio <45años			Inicio tardío		
		Media	N	%	Media	N	%
<b>Edad</b>		51.22	135	100.0%	70.88	16	100.0%
<b>Estado civil</b>	Soltera		70	51.9%		3	18.8%
	Casada		43	31.9%		7	43.8%
	Viuda		9	6.7%		4	25.0%
	Separada-Divorciada		13	9.6%		2	12.5%
<b>Estado civil con o sin pareja</b>	Sin pareja (soltera, viuda, separada)		92	68.1%		9	56.3%
	Con pareja		43	31.9%		7	43.8%
<b>Nivel educativo</b>	Analfabeto		9	7.4%		2	12.5%
	Primarios		68	55.7%		11	68.8%
	Bachiller		15	12.3%		1	6.3%
	Formación profesional		19	15.6%		2	12.5%
	Universitarios		11	9.0%		0	.0%
<b>Ocupación agrupada</b>	Profesionales independientes /liberales/empresarios /directivos (grupo 1)		6	4.7%		0	.0%
	Trabajo cualificado		18	14.0%		1	7.1%
	Trabajo no cualificado		43	33.3%		3	21.4%
	Amas de casa		57	44.2%		10	71.4%
	Estudiantes		5	3.9%		0	.0%
<b>Situación laboral</b>	Trabajando		15	11.5%		2	12.5%
	Ama de casa		27	20.8%		2	12.5%
	No trabaja (parado, pensionista)		51	39.2%		11	68.8%
	Incapacidad laboral		37	28.5%		1	6.3%
<b>Convivencia codificada 1</b>	Solo		9	6.7%		3	18.8%
	Con padres		45	33.3%		0	.0%
	Con familiares y otros		68	50.4%		12	75.0%
	Residencia o piso tutelado		13	9.6%		1	6.3%

TABLA 184: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

	Inicio <45 años o Tardío (>=45 años)							
	Inicio < 45 años				Inicio tardío			
	N	Media	Desviación típica	%	N	Media	Desviación típica	%
<b>Tiempo en años de atención en los SSM</b>	135	9.89	7.48		16	8.01	7.77	
<b>Edad de inicio</b>	135	25.71	8.11		16	49.75	3.30	
<b>Edad en el primer ingreso</b>	135	26.93	8.50		16	51.33	4.51	
<b>Número de ingresos</b>	135	3.19	3.47		16	2.00	2.50	
<b>Número de recaídas con tto a nivel ambulatorio</b>	135	1.84	2.93		16	1.56	1.46	
<b>Ingresos involuntarios</b>	No	55		47.4%	8			80.0%
	Sí	61		52.6%	2			20.0%
<b>Intentos de suicidio</b>	No	87		73.7%	11			84.6%
	Sí	31		26.3%	2			15.4%
<b>Episodios de agresividad física</b>	No	79		70.5%	11			91.7%
	Sí	33		29.5%	1			8.3%
<b>Inicio de la enfermedad</b>	Agudo	40		29.6%	5			31.3%
	Subagudo	65		48.1%	7			43.8%
	No consta	30		22.2%	4			25.0%
<b>Inicio relacionado con Estrés</b>	Sí	59		43.7%	7			43.8%
	No	16		11.9%	4			25.0%
	No consta	60		44.4%	5			31.3%
<b>Inicio relacionado con Drogas</b>	Sí	8		5.9%	0			.0%
	No	73		54.1%	12			75.0%
	No consta	54		40.0%	4			25.0%
<b>Conciencia enfermedad</b>	No	48		38.1%	5			31.3%
	Sí	78		61.9%	11			68.8%
<b>Evolución menor o mayor de 20 años</b>	Menor de 20 años de evolución	68		50.4%	12			75.0%
	Más de 20 años de evolución	67		49.6%	4			25.0%

TABLA 184 CONT.-

		Inicio <45 años o Tardío (>=45 años)							
		Inicio < 45 años				Inicio tardío			
		N	%	Media	Desviación típica	N	%	Media	Desviación típica
<b>Antecedentes consumo de alcohol</b>	No	94	81.0%			11	100.0%		
	Sí	22	19.0%			0	.0%		
<b>Antecedentes consumo de drogas</b>	No	97	84.3%			11	100.0%		
	Sí	18	15.7%			0	.0%		
<b>Antecedentes consumo de tabaco</b>	No	51	68.9%			8	80.0%		
	Sí	23	31.1%			2	20.0%		
<b>Antecedentes juego</b>	No	66	97.1%			8	100.0%		
	Sí	2	2.9%			0	.0%		
<b>Consumo actual de alcohol</b>	No	100	84.0%			14	100.0%		
	Sí	19	16.0%			0	.0%		
<b>Consumo actual de drogas</b>	No	107	89.2%			14	100.0%		
	Sí	13	10.8%			0	.0%		
<b>Consumo actual de tabaco</b>	No	54	66.7%			9	81.8%		
	Sí	27	33.3%			2	18.2%		
<b>Juego actual</b>	No	70	97.2%			9	100.0%		
	Sí	2	2.8%			0	.0%		
<b>Antecedentes obstétricos</b>	No	34	79.1%			4	80.0%		
	Sí	9	<b>20.9%</b>			1	<b>20.0%</b>		
<b>Antecedentes familiares de primer grado de enf. mental</b>	No	43	43.4%			3	42.9%		
	Sí	56	<b>56.6%</b>			4	<b>57.1%</b>		
<b>Antecedentes familiares de segundo grado de enf. mental</b>	No	69	72.6%			7	100.0%		
	Sí	26	27.4%			0	.0%		
<b>Número de partos</b>		135		1.29	1.60	16		1.90	1.20
<b>Número de abortos</b>		135		.53	.86	16		1.00	.



TABLA 185: OTRAS VARIABLES

		Inicio <45 años o Tardío (>=45 años)							
		Inicio < 45 años				Inicio tardío			
		N	Media	Desviación típica	%	N	Media	Desviación típica	%
<b>Nº de psiquiatras distintos</b>		135	3	2		16	2	2	
<b>Nº de psicólogos</b>		135	.32	.90		16	.06	.25	
<b>Nº D.U.E.</b>		135	1.27	1.00		16	.94	.93	
<b>Nº de trabajadores sociales</b>		135	.87	.94		16	.38	.62	
<b>Nº de T.O.</b>		135	.43	.66		16	.13	.35	
<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>	No	75			65.2%	12			80.0%
	Sí	40			<b>34.8%</b>	3			<b>20.0%</b>
<b>Adherencia a la medicación</b>	No	47			38.5%	3			20.0%
	Sí	75			<b>61.5%</b>	12			<b>80.0%</b>
<b>Adherencia a otros ttos (citas revision, activ. Rehab., grupos)</b>	No	47			38.8%	7			46.7%
	Sí	74			<b>61.2%</b>	8			<b>53.3%</b>
<b>Incapacitación legal</b>	No	126			93.3%	16			100.0%
	Sí	9			6.7%	0			.0%
<b>Apoyo familiar</b>	Buen apoyo	83			61.5%	10			62.5%
	Escaso “	30			<b>22.2%</b>	3			<b>18.8%</b>
	Ninguno “	10			7.4%	0			.0%
	Ningún contacto	2			1.5%	0			.0%
	No consta	10			7.4%	3			18.8%
<b>Valores religiosos</b>	No	9			36.0%	2			66.7%
	Sí	16			64.0%	1			33.3%
<b>Valores estéticos</b>	No	21			84.0%	2			66.7%
	Sí	4			16.0%	1			33.3%
<b>Valores económicos</b>	No	24			96.0%	3			100.0%
	Sí	1			4.0%	0			.0%
<b>Pertenencia a ONG</b>	No	27			81.8%	2			100.0%
	Sí	6			18.2%	0			.0%
<b>Pertenencia a grupo musica, coro</b>	No	33			100.0%	2			100.0%
	Sí	0			.0%	0			.0%
<b>Pertenencia a asociación de vecinos,enf.,otra</b>	No	24			72.7%	2			100.0%
	Sí	9			27.3%	0			.0%

<b>Factores de estrés imp. / relacionados con recaídas</b>	No	37			27.4%	2		12.5%
	Sí	98			72.6%	14		87.5%
<b>Factores de estrés en el último año</b>	No	123			91.1%	15		93.8%
	Sí	12			8.9%	1		6.3%
<b>Suicidio en la familia</b>	No	127			94.1%	16		100.0%
	Sí	8			5.9%	0		.0%

Encontramos diferencias estadísticamente significativas (señalado en **amarillo**) entre ambos grupos de mujeres con Esquizofrenia en:

- la edad de inicio de la enfermedad, siendo la media de 25.7 años en el grupo de edad de inicio < 45 años y de 49.7 años en el grupo de edad de inicio tardío (>=45 años).

- en la edad del primer ingreso hospitalario , que es a los 26 años en las primeras frente a los 51 años en el grupo de mujeres con Esq. tardía.

En **negrita** se señalan los datos que destacan en las variables y que se analizarán y tratarán en la discusión

## ESTUDIO DE LA EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

Estudiamos a continuación si la edad de inicio se relaciona de forma univariante con las siguientes variables sociodemográficas y clínicas :

- el estado civil
- situación laboral
- nivel educativo
- tipo de convivencia
- el número de partos y abortos
- la historia familiar de enfermedad mental
- antecedentes obstétricos.

El análisis estadístico aplicado es un análisis de la varianza (ANOVA) de un factor para el estudio del valor medio de la edad de inicio en relación con estas variables, donde se comparan los valores de la media entre todas las categorías dentro de cada variable, con ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples en el caso de uniformidad de la varianza.

### 1- EDAD DE INICIO Y ESTADO CIVIL

**Tabla 186: Estimaciones**

Variable dependiente: Edad de inicio

Estado civil	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Soltera	24.323(a)	1.304	21.722	26.923
Casada	30.237(a)	1.723	26.800	33.674
Viuda	35.313(a)	2.597	30.134	40.491
Separada-Divorciada	31.722(a)	2.473	26.790	36.655

(a) Basada en la media marginal poblacional modificada.

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Edad de inicio

			Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95%.	
(I) Estado civil	(J) Estado civil					Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	Soltera	Casada	-8.6219(*)	1.58670	.000	-12.9303	-4.3135
		Viuda	-				
		Separada-Divorciada	13.3952(*)	2.52150	.000	-20.2418	-6.5485
	Casada	Soltera	-8.8759(*)	2.43889	.003	-15.4983	-2.2536
		Viuda	8.6219(*)	1.58670	.000	4.3135	12.9303
		Separada-Divorciada	-4.7733	2.61027	.430	-11.8609	2.3144
	Viuda	Soltera	-.2540	2.53057	1.000	-7.1253	6.6172
		Casada	13.3952(*)	2.52150	.000	6.5485	20.2418
		Separada-Divorciada	4.7733	2.61027	.430	-2.3144	11.8609
	Separada-Divorciada	Soltera	4.5192	3.20064	.974	-4.1715	13.2100
		Casada	8.8759(*)	2.43889	.003	2.2536	15.4983
		Viuda	.2540	2.53057	1.000	-6.6172	7.1253
			-4.5192	3.20064	.974	-13.2100	4.1715

Basado en las medias observadas.

(\*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

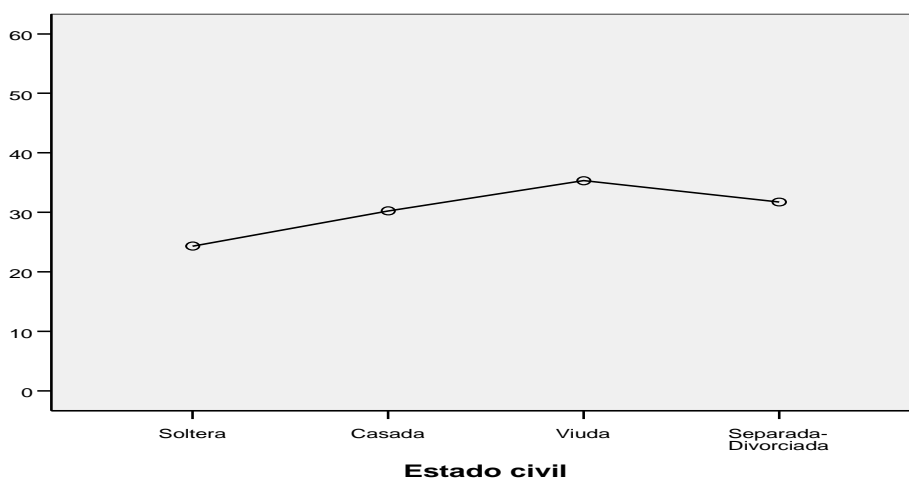
Encontramos que la edad media de inicio es significativamente menor en las mujeres que están *solteras* en el momento de la realización del estudio respecto a las *casadas* ( $p<0,0001$ ), y *viudas* ( $p<0,0001$ ) y de las *separadas-divorciadas* ( $p=0,003$ ). Las diferencias medias y sus intervalos de confianza se muestran en la tabla anterior.

La edad media de inicio de las *casadas* es significativamente mayor que las *solteras* como vimos, pero no difiere de las *viudas* ni de las *separadas-divorciadas*.

La edad media de inicio de las *viudas* es significativamente mayor que en las *solteras* ( $p<0,0001$ ), pero no difiere de las *casadas* y *separadas-divorciadas*.

La edad media de inicio de la enfermedad en las *separadas-divorciadas* solo difiere significativamente de la edad de las *solteras* como vimos.

Gráfico 34: Edad media de inicio / estado civil



## 2- EDAD DE INICIO Y NIVEL EDUCATIVO

Tabla 187: Estimaciones

Variable dependiente: Edad de inicio

Nivel educativo	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Analfabeto	40.357(a)	2.739	34.895	45.820
Primarios	30.360(a)	1.343	27.682	33.038
Bachiller	26.667(a)	2.159	22.361	30.973
Formación profesional	26.455(a)	2.201	22.066	30.844
Universitarios	19.125(a)	2.612	13.915	24.335

(a) Basada en la media marginal poblacional modificada.

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Edad de inicio

			Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95%.	
						Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	Analfabeto	Primarios	11.0182(*)	2.58138	.001	3.5355	18.5009
		Bachiller	13.7515(*)	3.17376	.000	4.5516	22.9514
		Formación profesional	13.8737(*)	3.05982	.000	5.0041	22.7433
		Universitarios	19.1818(*)	3.40917	.000	9.2996	29.0641
	Primarios	Analfabeto	-	2.58138	.001	-18.5009	-3.5355
		Bachiller	2.7333	2.26139	1.000	-3.8218	9.2885
		Formación profesional	2.8556	2.09848	1.000	-3.2274	8.9385
		Universitarios	8.1636(*)	2.58138	.023	.6809	15.6464
	Bachiller	Analfabeto	-	3.17376	.000	-22.9514	-4.5516
		Primarios	-2.7333	2.26139	1.000	-9.2885	3.8218
		Formación profesional	.1222	2.79515	1.000	-7.9802	8.2246
		Universitarios	5.4303	3.17376	.915	-3.7696	14.6302
	Formación profesional	Analfabeto	-	3.05982	.000	-22.7433	-5.0041
		Primarios	-2.8556	2.09848	1.000	-8.9385	3.2274
		Bachiller	-.1222	2.79515	1.000	-8.2246	7.9802
		Universitarios	5.3081	3.05982	.872	-3.5615	14.1777
	Universitarios	Analfabeto	-	3.40917	.000	-29.0641	-9.2996
		Primarios	-8.1636(*)	2.58138	.023	-15.6464	-.6809
		Bachiller	-5.4303	3.17376	.915	-14.6302	3.7696
		Formación profesional	-5.3081	3.05982	.872	-14.1777	3.5615

Basado en las medias observadas.

(\*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Encontramos que la edad de inicio de la enfermedad es significativamente mayor en las mujeres *analfabetas*, respecto a todas las demás categorías de nivel educativo ( $p < 0,0001$ ). Las diferencias medias y sus respectivos intervalos de confianza se muestran en la tabla anterior.

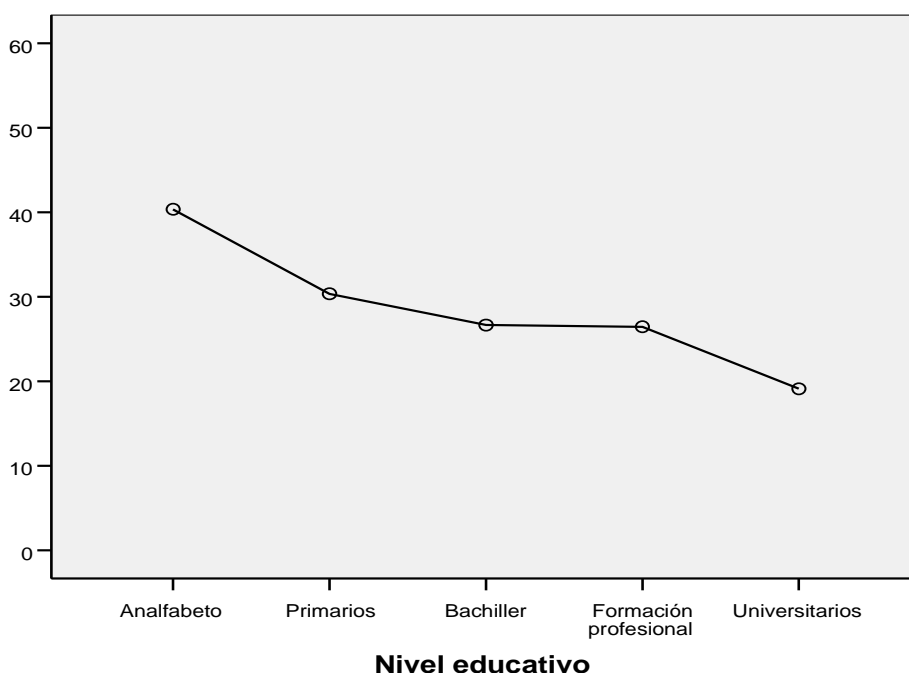
Las mujeres con *estudios primarios* tienen edad de inicio significativamente menor que las *analfabetas* ( $p < 0,0001$ ) y significativamente mayor que las mujeres con estudios universitarios ( $p = 0,023$ ).

Las mujeres con estudios *bachiller* solo difieren significativamente en la edad de inicio respecto a las mujeres *analfabetas* ( $p < 0,0001$ ).

Lo mismo ocurre con las mujeres con formación profesional respecto a las mujeres *analfabetas*.

Las mujeres *universitarias* son las que presentan el inicio de la enfermedad a una edad más temprana, pero solo es significativo respecto a las mujeres *analfabetas* ( $p < 0,0001$ ) y las mujeres con estudios primarios ( $p = 0,023$ ).

**Gráfico 35: Edad media de inicio / nivel educativo**



## 3- EDAD DE INICIO Y OCUPACIÓN

Tabla 188: Estimaciones

Variable dependiente: Edad de inicio

Ocupación agrupada	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Profesionales independiente/liberales/ empresarios/directivos (grupo 1)	26.000(a)	3.392	19.235	32.765
Trabajo cualificado	28.955(a)	2.181	24.606	33.303
Trabajo no cualificado	26.794(a)	1.568	23.666	29.923
Amas de casa	33.427(a)	1.469	30.496	36.357
Estudiantes	15.375(a)	3.739	11.917	22.833

(a) Basada en la media marginal poblacional modificada.

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Edad de inicio

(I) Ocupación agrupada	(J) Ocupación agrupada	Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95%.	
					Límite inferior	Límite superior

Basado en las medias observadas.

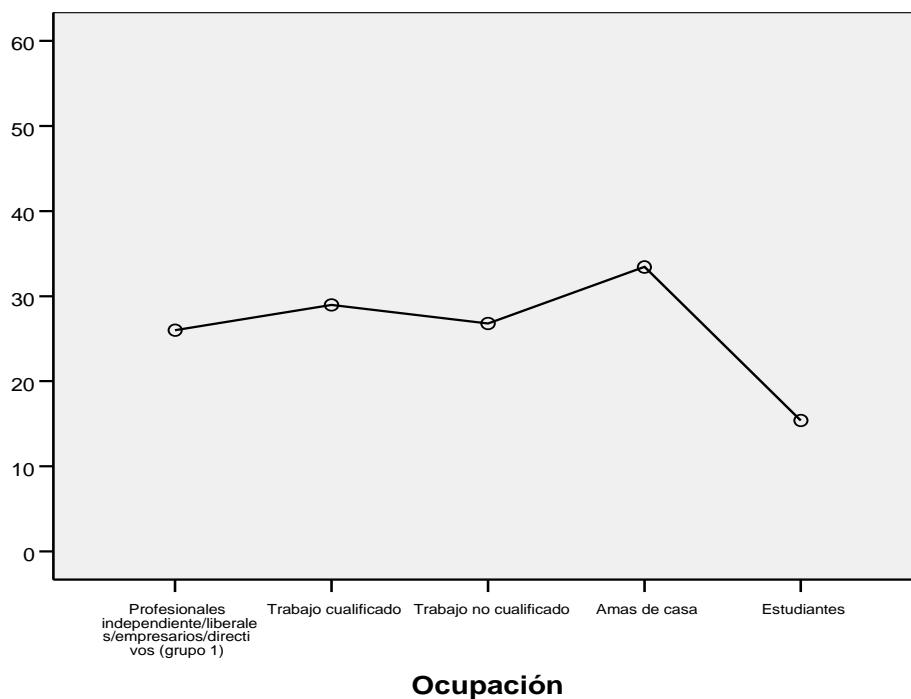
\* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Observamos que la edad media de inicio de la enfermedad en las mujeres con ocupación como profesionales independiente/ liberales/ empresarios/ directivos (*grupo 1*), no difiere significativamente respecto a la edad de inicio de las restantes ocupaciones. Lo mismo ocurre con las mujeres con trabajo cualificado.

La edad media de inicio en las mujeres con *trabajo no cualificado* es significativamente menor que la edad de inicio de las amas de casa ( $p=0,002$ ).

Las *amas de casa* inician significativamente más tarde la enfermedad respecto a las mujeres con trabajo no cualificado ( $p=0,002$ ) y las estudiantes ( $p=0,001$ ).

Las mujeres *estudiantes* inician la enfermedad significativamente antes que las amas de casa ( $p=0,001$ ), pero la edad de inicio no difiere respecto a las restantes ocupaciones.

**Gráfico 36: Edad media de inicio / ocupación**

#### 4-EDAD DE INICIO Y TIPO DE CONVIVENCIA

**Tabla 189: Estimaciones**

Variable dependiente: Edad de inicio

Convivencia	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Solo	30.567(a)	2.443	25.695	35.438
Otros	31.583(a)	1.593	28.406	34.761
Padres	22.148(a)	1.709	18.740	25.556
Cónyuge	28.200(a)	2.325	23.563	32.837
Cónyuge con hijos	31.779(a)	2.563	26.667	36.891

(a) Basada en la media marginal poblacional modificada.



## Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Edad de inicio

			Diferencia entre medias (I- J)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95%.	
(I) Convivencia	(J) Convivencia					Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	Solo	Otros	1.6104	2.65605	1.000	-6.0888	9.3095
		Padres	7.5570	2.64748	.057	-.1173	15.2313
		Cónyuge	-1.0076	2.86924	1.000	-9.3247	7.3096
		Cónyuge con hijos	-1.5119	2.89325	1.000	-9.8987	6.8749
	Otros	Solo	-1.6104	2.65605	1.000	-9.3095	6.0888
		Padres	5.9467(*)	1.84658	.019	.5939	11.2994
		Cónyuge	-2.6179	2.15250	1.000	-8.8575	3.6216
		Cónyuge con hijos	-3.1223	2.18440	1.000	-9.4543	3.2097
	Padres	Solo	-7.5570	2.64748	.057	-15.2313	.1173
		Otros	-5.9467(*)	1.84658	.019	-11.2994	-.5939
		Cónyuge	-8.5646(*)	2.14191	.002	-14.7734	-2.3558
		Cónyuge con hijos	-9.0689(*)	2.17397	.001	-15.3707	-2.7672
	Cónyuge	Solo	1.0076	2.86924	1.000	-7.3096	9.3247
		Otros	2.6179	2.15250	1.000	-3.6216	8.8575
		Padres	8.5646(*)	2.14191	.002	2.3558	14.7734
		Cónyuge con hijos	-.5043	2.43917	1.000	-7.5748	6.5662
	Cónyuge con hijos	Solo	1.5119	2.89325	1.000	-6.8749	9.8987
		Otros	3.1223	2.18440	1.000	-3.2097	9.4543
		Padres	9.0689(*)	2.17397	.001	2.7672	15.3707
		Cónyuge	.5043	2.43917	1.000	-6.5662	7.5748

Basado en las medias observadas.

(\*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Observamos que la edad de inicio es significativamente menor en las mujeres que *conviven con los padres* en la actualidad, respecto a todas las categorías excepto en comparación con las mujeres que viven solas.

Los restantes tipos de convivencia no difieren significativamente en la edad de inicio de la enfermedad

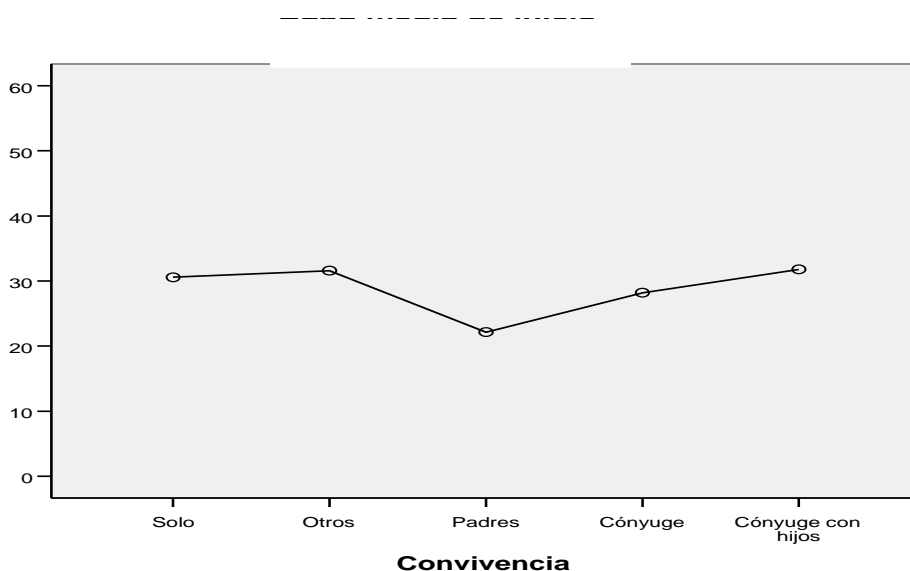


Gráfico 37

## 5- EDAD DE INICIO Y FERTILIDAD

Estudiamos la fertilidad de las mujeres con esquizofrenia y la edad de inicio de la enfermedad , específicamente :

- a) Número de partos
- b) Mujeres nulíparas y con hijos y la edad de inicio
- c) Número de abortos

### a) Edad de inicio y número de partos

Aplicamos la prueba de regresión lineal univariante para evaluar la relación entre el número de partos y la edad de inicio de la enfermedad.

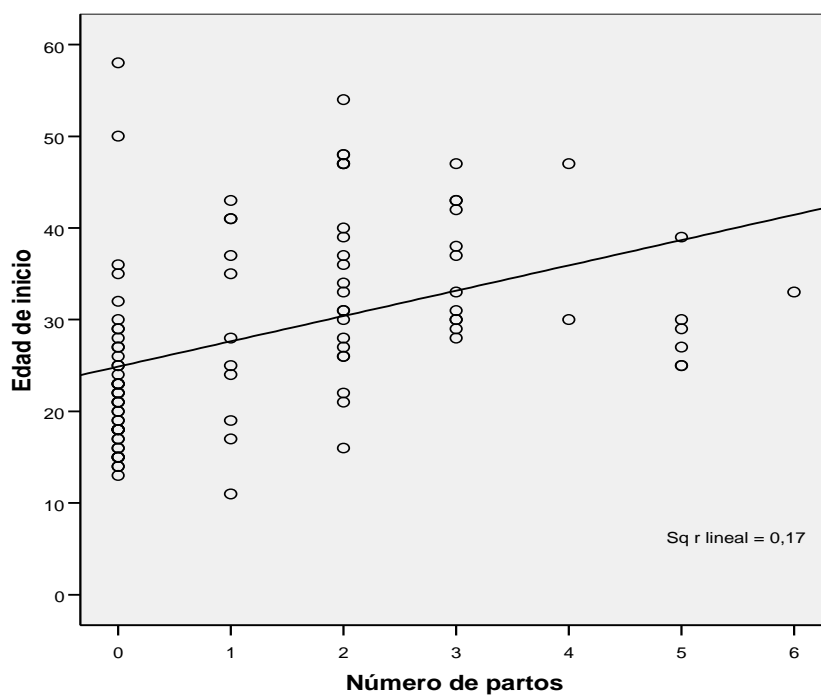
Observamos que la edad de inicio de la enfermedad es mayor a mayor número de partos, de forma que la edad de inicio aumenta 2,8 años (IC95% 1,5 a 3,98) por cada parto ( $p < 0,0001$ ).

Tabla 190: Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	24.874	1.268		19.609	.000	22.357	27.391
	Número de partos	2.760	.615	.413	4.486	.000	1.539	3.981

(a) Variable dependiente: Edad de inicio

Gráfico 38:



### b) Mujeres nulíparas o con hijos y edad de inicio de la enfermedad

La edad de inicio de la enfermedad en las mujeres con hijos es significativamente mayor que en las mujeres nulíparas ( $p < 0,0001$ ), con una diferencia promedio de 10,5 años (IC95% 6,9 a 14,1).

Tabla 191: Estadísticos de grupo

	Pacientes nulíparas o con hijos	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad de inicio	Nulíparas	46	22.9348	8.75189	1.29040
	Con hijos	54	33.4259	9.39209	1.27810

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia		Inferior	Superior
Edad de inicio	Se han asumido varianzas iguales	2.213	.140	5.744	98	.000	-10.49114	1.82660	-	14.11597	6.86632
	No se han asumido varianzas iguales			5.776	97.186	.000	-10.49114	1.81622	-	14.09576	6.88653

### c) Edad de inicio y número de abortos

Aplicamos la prueba de regresión lineal univariante para evaluar la relación entre el número de abortos y la edad de inicio de la enfermedad.

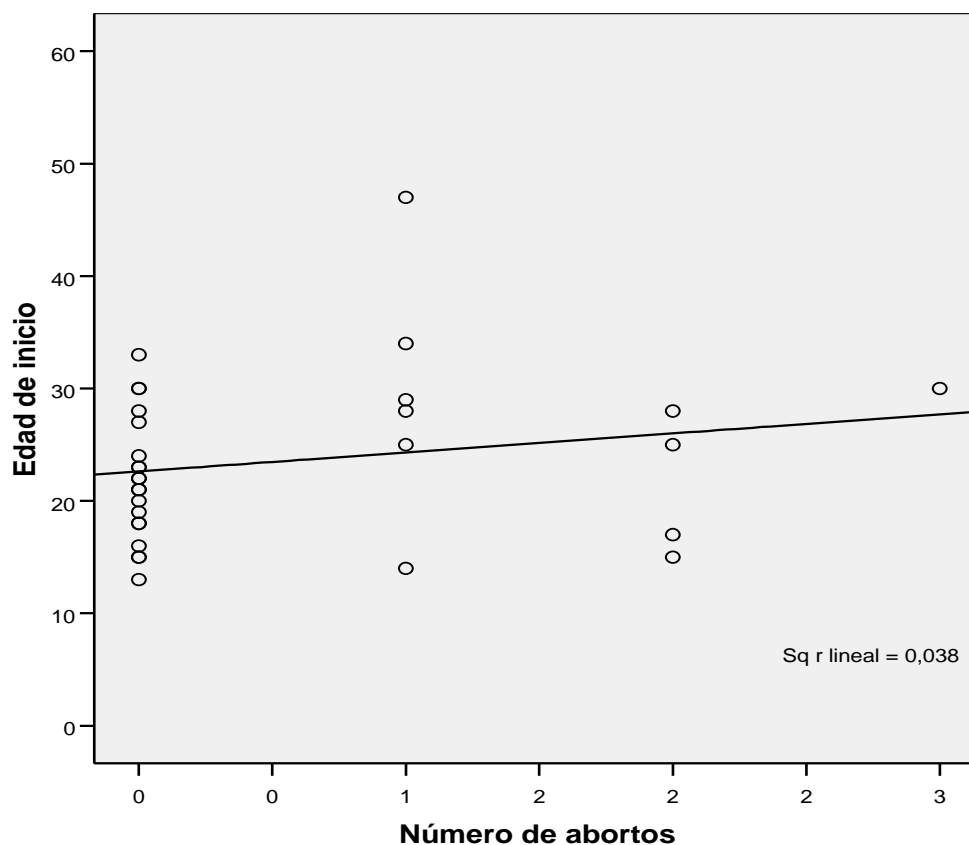
La relación entre la edad de inicio de la enfermedad y el número de abortos no resulta estadísticamente significativa.

**Tabla 192: Coeficientes(a)**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	22.621	1.571		14.398	.000	19.407	25.834
Número de abortos	1.692	1.571	.196	1.077	.290	-1.521	4.905

(a) Variable dependiente: Edad de inicio

**Gráfico 39:**



## 6- EDAD DE INICIO Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la edad de inicio de la enfermedad de las pacientes con o sin antecedentes familiares de enfermedad mental.

La comparación la hemos realizado mediante la prueba de la t de Student para datos independientes.

**Tabla 193: Estadísticos de grupo**

Antecedentes familiares de primero o segundo grado de enfermedad mental		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad de inicio	Sin antecedentes	34	27.7941	10.57951	1.81437
	Con antecedentes	68	25.6176	9.45062	1.14606

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Edad de inicio	Se han asumido varianzas iguales	.395	.531	1.053	100	.295	2.17647	2.06629	-1.92298	6.27592
	No se han asumido varianzas iguales			1.014	59.891	.315	2.17647	2.14602	-2.11636	6.46930

## 7- EDAD DE INICIO Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (EN NACIMIENTO)

No observamos ninguna relación entre los antecedentes obstétricos y la edad de inicio de la enfermedad.

**Tabla 194: Estadísticos de grupo**

Antecedentes obstétricos		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad de inicio	No	38	25.6316	11.00472	1.78520
	Sí	10	24.8000	12.57687	3.97716

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Edad de inicio	Se han asumido varianzas iguales	.087	.770	.207	46	.837	.83158	4.02661	-7.27356	8.93672
	No se han asumido varianzas iguales			.191	12.865	.852	.83158	4.35944	-8.59648	10.25964

### 6.3.1.5 COMPARACIÓN GRUPO DE MUJERES EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

TABLA 195: SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL Y FINAL:

		Años de evolución de la Enfermedad			
		Menos de 20 años de evolución		Más de 20 años de evolución	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo Diagnostico inicial</b>	295.0 Esquizofrenia	2	2.5%	3	4.2%
	295.1 E. Hebefrénica	4	5.0%	4	5.6%
	295.2 E. Catatónica	2	2.5%	1	1.4%
	295.3 E. Paranoide	48	60.0%	38	53.5%
	295.4 Episodio esquizofrenico agudo	7	8.8%	1	1.4%
	295.5 E. Latente	1	1.3%	0	.0%
	295.6 E. Residual	3	3.8%	12	16.9%
	295.7 Esquizoafectivo	8	10.0%	9	12.7%
	295.8 Otras	2	2.5%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	3	3.8%	3	4.2%
<b>Subtipo Diagnostico final</b>	295.0 Esquizofrenia	1	1.3%	2	2.8%
	295.1 E. Hebefrénica	1	1.3%	1	1.4%
	295.2 E. Catatónica	2	2.5%	1	1.4%
	295.3 E. Paranoide	47	58.8%	28	39.4%
	295.4 Episodio esquizofrenico agudo	2	2.5%	1	1.4%
	295.5 E. Latente	1	1.3%	0	.0%
	295.6 E. Residual	11	13.8%	26	36.6%
	295.7 Esquizoafectivo	10	12.5%	11	15.5%
	295.8 Otras	3	3.8%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	2	2.5%	1	1.4%

TABLA 196: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

		Años de evolución de la enfermedad					
		Menos de 20 años de evolución			Más de 20 años de evolución		
		Media	N	%	Media	N	%
<b>Edad</b>		45.25	80	100.0%	62.38	71	100.0%
<b>Evolución</b>	Menor de 20 años de evolución		80	100.0%		0	.0%
< 0 > de 20 años	Más de 20 años de evolución		0	.0%		71	100.0%
<b>Estado civil</b>	<b>Soltera</b>		46	57.5%		27	38.0%
	Casada		21	26.3%		29	40.8%
	Viuda		5	6.3%		8	11.3%
	Separada-Divorciada		8	10.0%		7	9.9%
<b>Estado civil</b>	Sin pareja (soltera, viuda, separada)		59	73.8%		42	59.2%
Con o sin pareja	Con pareja (casada)		21	26.3%		29	40.8%
<b>Nivel educativo</b>	<b>Analfabeto</b>		2	2.6%		9	14.5%
	Primarios		41	53.9%		38	61.3%
	Bachiller		12	15.8%		4	6.5%
	Formación profesional		15	19.7%		6	9.7%
	Universitarios		6	7.9%		5	8.1%
<b>Ocupación agrupada</b>	Profesionales (grupo 1) independiente/liberales/empresarios/directivos		2	2.7%		4	5.8%
	<b>Trabajo cualificado</b>		16	21.6%		3	4.3%
	Trabajo no cualificado		28	37.8%		18	26.1%
	<b>Amas de casa</b>		23	31.1%		44	63.8%
	Estudiantes		5	6.8%		0	.0%
<b>Situación laboral</b>	Trabajando		12	15.8%		5	7.1%
	Ama de casa		17	22.4%		12	17.1%
	No trabaja (parado, pensionista)		27	35.5%		35	50.0%
	Incapacidad laboral		20	26.3%		18	25.7%
<b>Convivencia codificada 1</b>	Solo		6	7.5%		6	8.5%
	Con padres		34	42.5%		11	15.5%
	Con familiares y otros		34	42.5%		46	64.8%
	Residencia o piso tutelado		6	7.5%		8	11.3%



TABLA 197: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS :

		Años de evolución de la enfermedad							
		Menos de 20 años de evolución				Más de 20 años de evolución			
		N	Media	Desviación típica	%	N	Media	Desviación típica	%
Tiempo en años de atención en los SSM		80	6.71	4.76		71	13.05	8.5	
Edad de inicio de la enf.		80	28.84	11.60		71	27.61	9.68	
Edad en el primer ingreso		80	28.96	10.85		71	27.44	9.11	
Número de ingresos		80	2.14	2.41		71	4.10	4.01	
Número de recaídas con tto a nivel ambulatorio		80	1.90	2.21		71	1.72	3.37	
Ingresos involuntarios	No	39			54.9%	24			43.6%
	Sí	32			45.1%	31			56.4%
Intentos de suicidio	No	51			70.8%	47			79.7%
	Sí	21			29.2%	12			20.3%
Episodios de agresividad física	No	53			79.1%	37			64.9%
	Sí	14			20.9%	20			35.1%
Inicio de la enfermedad	Agudo	26			32.5%	19			26.8%
	Subagudo	41			51.3%	31			43.7%
	No consta	13			16.3%	21			29.6%
Inicio relacionado con Estresores	Sí	41			51.3%	25			35.2%
	No	9			11.3%	11			15.5%
	No consta	30			37.5%	35			49.3%
Inicio relacionado con Drogas	Sí	5			6.3%	3			4.2%
	No	49			61.3%	36			50.7%
	No consta	26			32.5%	32			45.1%
Conciencia d enfermedad	No	32			42.1%	21			31.8%
	Sí	44			57.9%	45			68.2%

TABLA 198: FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD :

		Años de evolución de la enfermedad							
		Menos de 20 años de evolución				Más de 20 años de evolución			
		Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica	Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica
Antecedentes consumo de alcohol	No	54	80.6%			51	85.0%		
	Sí	13	19.4%			9	15.0%		
Antecedentes consumo de drogas	No	53	77.9%			55	94.8%		
	Sí	15	22.1%			3	5.2%		
Antecedentes consumo de tabaco	No	23	62.2%			36	76.6%		
	Sí	14	37.8%			11	23.4%		
Antecedentes juego	No	34	100.0%			40	95.2%		
	Sí	0	.0%			2	4.8%		
Consumo actual de alcohol	No	58	81.7%			56	90.3%		
	Sí	13	18.3%			6	9.7%		
Consumo actual de drogas	No	62	86.1%			59	95.2%		
	Sí	10	13.9%			3	4.8%		
Consumo actual de tabaco	No	26	61.9%			37	74.0%		
	Sí	16	38.1%			13	26.0%		
Juego actual	No	34	100.0%			45	95.7%		
	Sí	0	.0%			2	4.3%		
Antecedentes obstétricos	No	21	70.0%			17	94.4%		
	Sí	9	30.0%			1	5.6%		
Antecedentes familiares de 1er grado de enf.mental	No	24	41.4%			22	45.8%		
	Sí	34	58.6%			26	54.2%		
Antecedentes familiares de 2º grado de enf. mental	No	40	71.4%			36	78.3%		
	Sí	16	28.6%			10	21.7%		
Número de partos		80		.82	1.11	71		1.90	1.78
Número de abortos		80		.53	.77	71		.58	1.00

		Años de evolución de la enfermedad							
		Menos de 20 años de evolución				Más de 20 años de evolución			
		N	Media	Desviación típica	%	N	Media	Desviación típica	%
<b>Nº de psiquiatras distintos</b>		80	2	1		71	3	2	
<b>Nº de psicólogos</b>		80	.47	1.08		71	.10	.43	
<b>Nº D.U.E.</b>		80	1.12	.91		71	1.34	1.07	
<b>Nº de trabajadores sociales</b>		80	.76	.81		71	.86	1.02	
<b>Nº de T.O.</b>		80	.45	.67		71	.34	.60	
<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>	No	43			63.2%	44			71.0%
	Sí	25			36.8%	18			29.0%
<b>Adherencia a la medicación</b>	No	31			43.1%	19			29.2%
	Sí	41			56.9%	46			70.8%
<b>Adherencia a otros ttos</b> (revision, activ. Rehab., grupos)	No	32			45.1%	22			33.8%
	Sí	39			54.9%	43			66.2%
<b>Incapacitación legal</b>	No	77			96.3%	65			91.5%
	Sí	3			3.8%	6			8.5%
<b>Entorno familiar</b>	Buen apoyo	44			55.0%	49			69.0%
	Escaso “	18			22.5%	15			21.1%
	Ningún “	8			10.0%	2			2.8%
	Ningún contacto	0			.0%	2			2.8%
	No consta	10			12.5%	3			4.2%
<b>Valores religiosos</b>	No	5			41.7%	6			37.5%
	Sí	7			58.3%	10			62.5%
<b>Valores estéticos</b>	No	9			75.0%	14			87.5%
	Sí	3			25.0%	2			12.5%
<b>Valores económicos</b>	No	12			100.0%	15			93.8%
	Sí	0			.0%	1			6.3%
<b>Pertenencia a ONG</b>	No	11			68.8%	18			94.7%
	Sí	5			31.3%	1			5.3%
<b>Pertenencia a grupos (musical coro...)</b>	No	16			100.0%	19			100.0%
	Sí	0			.0%	0			.0%
<b>Pertenencia a asociaciones (vecinos, enf., otras)</b>	No	11			68.8%	15			78.9%
	Sí	5			31.3%	4			21.1%
<b>Factores de estrés imp. o relacionados con recaídas</b>	No	14			17.5%	25			35.2%
	Sí	66			82.5%	46			64.8%
<b>Factores de estrés en el último año</b>	No	70			87.5%	68			95.8%
	Sí	10			12.5%	3			4.2%
<b>Suicidio en la familia</b>	No	75			93.8%	68			95.8%
	Sí	5			6.3%	3			4.2%

En el análisis de las características de las mujeres en función del tiempo de evolución de la enfermedad menor o mayor de 20 años, encontramos diferencias estadísticamente significativas en:

- En cuanto a los subtipos diagnósticos ,como era de esperar, menor número de casos con *subtipo Diagnóstico de inicio* 295.4 episodio esq. agudo en las mujeres con menos de 20 años de evolución y mayor proporción de 295.6 Residual en las mujeres con más de 20 años de evolución ( $p<0,05$ ).  
En el *diagnóstico final* la proporción de 295.3 E. Paranoide es significativamente mayor en las mujeres con menos de 20 años de evolución y la proporción de 295.6 E. residual es mayor en las mujeres con más de 20 años de evolución ( $p<0,05$ ).
- La *edad* es significativamente mayor en las mujeres con más de 20 años de evolución como puede resultar lógico.
- La proporción de mujeres solteras es mayor en las de menos de 20 años de evolución, pero la proporción de casadas o viudas es similar.
- El *nivel educativo* es en mayor proporción analfabetas en las pacientes con más de 20 años de evolución ( $p<0,05$ ).
- La *ocupación* es en mayor proporción con trabajo cualificado en las mujeres con menos de 20 años de evolución y más amas de casa en las de más de 20 años de evolución.
- La *situación laboral* engloba más amas de casa en las mujeres con más de 20 años de evolución ( $p<0,05$ ).
- La *convivencia* con los padres es significativamente mayor en las mujeres con menos de 20 años de evolución de la enfermedad ( $p=0,004$ ).
- El *consumo de drogas* en el pasado es significativamente mayor en las mujeres con menos de 20 años de evolución ( $p=0,007$ ), no hay diferencias en el consumo actual.
- El *número de partos* es mayor en las mujeres con más de 20 años de evolución.
- Se relaciona una mayor proporción de *factores estresores* en las mujeres con menos de 20 años de evolución ( $p=0,013$ ).

#### ESTUDIO DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

Estudiamos a continuación si el tiempo de evolución de la enfermedad (tiempo medio de evolución en la última consulta en años) se relaciona de forma univariante con las siguientes variables sociodemográficas y clínicas :

- 1- el estado civil,
- 2- situación laboral,
- 3- nivel educativo,
- 4- tipo de convivencia,
- 5- la fertilidad: número de partos y abortos,
- 6- la historia familiar de enfermedad mental,
- 7- los antecedentes obstétricos (en nacimiento).

El análisis estadístico aplicado es un análisis de la varianza (ANOVA) de un factor para el estudio del valor medio del tiempo de evolución de la enfermedad en relación con el estado civil, situación laboral, nivel educativo y tipo de convivencia, donde se comparan los valores de la media entre todas las categorías dentro de cada variable, con ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples en el caso de uniformidad de la varianza.

**1-TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ESTADO CIVIL**

Encontramos que el tiempo medio de evolución de la enfermedad no difiere entre las mujeres en función de su estado civil.

**Tabla 199: Estimaciones**

Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

Estado civil	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Soltera	17.466(a)	1.847	13.782	21.151
Casada	22.084(a)	2.442	17.213	26.954
Viuda	26.190(a)	3.679	18.853	33.528
Separada-Divorciada	20.775(a)	3.504	13.786	27.763

(a) Basada en la media marginal poblacional modificada.

**Comparaciones múltiples**

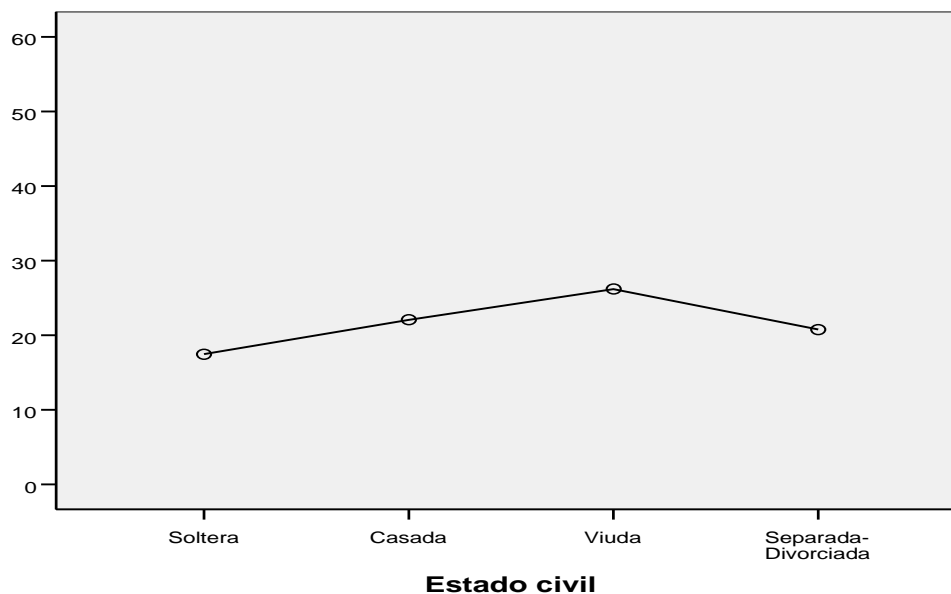
Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

			Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95%.	
(I) Estado civil	(J) Estado civil					Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	Soltera	Casada	-5.7708	2.24821	.074	-11.8754	.3338
		Viuda	-6.3904	3.57275	.468	-16.0915	3.3107
		Separada-Divorciada	.0358	3.45570	1.000	-9.3475	9.4190
	Casada	Soltera	5.7708	2.24821	.074	-.3338	11.8754
		Viuda	-.6196	3.69853	1.000	-10.6622	9.4231
		Separada-Divorciada	5.8065	3.58559	.659	-3.9294	15.5425
	Viuda	Soltera	6.3904	3.57275	.468	-3.3107	16.0915
		Casada	.6196	3.69853	1.000	-9.4231	10.6622
		Separada-Divorciada	6.4261	4.53503	.966	-5.8879	18.7401
	Separada-Divorciada	Soltera	-.0358	3.45570	1.000	-9.4190	9.3475
		Casada	-5.8065	3.58559	.659	-15.5425	3.9294
		Viuda	-6.4261	4.53503	.966	-18.7401	5.8879

Basado en las medias observadas.

(\* ) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

**Tiempo medio de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)**



**Gráfico 40**

## 2-TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL EDUCATIVO

Encontramos que el tiempo de evolución solamente es significativamente mayor en las mujeres analfabetas, respecto a las mujeres con estudios de bachiller ( $p=0,011$ ), pero las restantes categorías no difieren entre ellas en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad.

**Tabla 200: Estimaciones**

Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

Nivel educativo	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Analfabeto	26.267(a)	3.881	18.527	34.006
Primarios	20.611(a)	1.903	16.816	24.406
Bachiller	14.494(a)	3.059	8.393	20.595
Formación profesional	22.329(a)	3.118	16.110	28.548
Universitarios	21.149(a)	3.702	13.766	28.532

(a) Basada en la media marginal poblacional modificada.

## Comparaciones múltiples

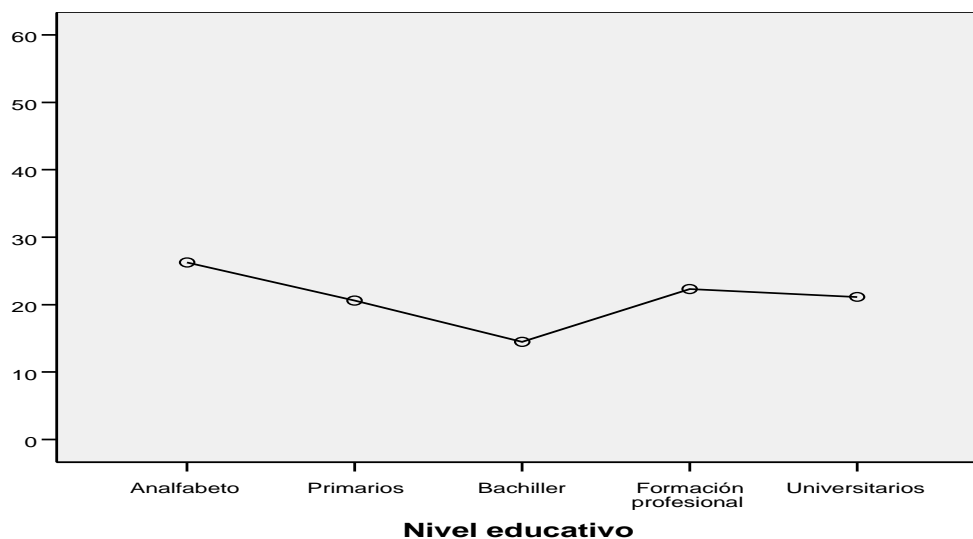
Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

			Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95%.	
(I) Nivel educativo	(J) Nivel educativo					Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	Analfabeto	Primarios	7.5522	3.65759	.426	-3.0502	18.1545
		Bachiller	15.2687(*)	4.49694	.011	2.2333	28.3042
		Formación profesional	10.8619	4.33550	.146	-1.7056	23.4294
		Universitarios	10.9559	4.83049	.264	-3.0464	24.9582
	Primarios	Analfabeto	-7.5522	3.65759	.426	-18.1545	3.0502
		Bachiller	7.7166	3.20419	.187	-1.5715	17.0046
		Formación profesional	3.3097	2.97336	1.000	-5.3092	11.9287
		Universitarios	3.4038	3.65759	1.000	-7.1986	14.0061
	Bachiller	Analfabeto	-15.2687(*)	4.49694	.011	-28.3042	-2.2333
		Primarios	-7.7166	3.20419	.187	-17.0046	1.5715
		Formación profesional	-4.4068	3.96048	1.000	-15.8872	7.0736
		Universitarios	-4.3128	4.49694	1.000	-17.3483	8.7226
	Formación profesional	Analfabeto	-10.8619	4.33550	.146	-23.4294	1.7056
		Primarios	-3.3097	2.97336	1.000	-11.9287	5.3092
		Bachiller	4.4068	3.96048	1.000	-7.0736	15.8872
		Universitarios	.0940	4.33550	1.000	-12.4735	12.6615
	Universitarios	Analfabeto	-10.9559	4.83049	.264	-24.9582	3.0464
		Primarios	-3.4038	3.65759	1.000	-14.0061	7.1986
		Bachiller	4.3128	4.49694	1.000	-8.7226	17.3483
		Formación profesional	-.0940	4.33550	1.000	-12.6615	12.4735

Basado en las medias observadas.

(\*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

**Tiempo medio de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)**



**Gráfico 41**

### 1- TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y OCUPACIÓN

Solo encontramos diferencias en el tiempo de evolución de la enfermedad entre las mujeres amas de casa, con un tiempo de evolución de la enfermedad significativamente mayor que las mujeres con trabajo cualificado ( $p=0,002$ ), no cualificado ( $p= 0,025$ ) y estudiantes ( $p=0,018$ ). No observamos diferencias en el tiempo de evolución entre las restantes categorías estudiadas.

**Tabla 201: Estimaciones**

Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

Ocupación agrupada	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Profesionales independiente/liberales/ empresarios/directivos (grupo 1)	21.824(a)	4.806	12.238	31.410
Trabajo cualificado	17.528(a)	3.090	11.366	23.690
Trabajo no cualificado	20.127(a)	2.222	15.695	24.560
Amas de casa	24.349(a)	2.082	20.197	28.501
Estudiantes	8.648(a)	5.298	-1.920	19.215

(a ) Basada en la media marginal poblacional modificada.



## Comparaciones múltiples

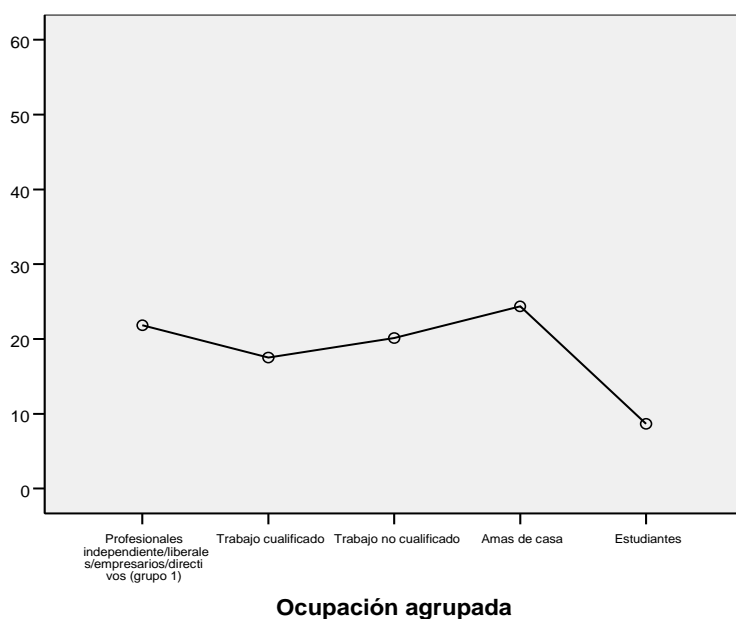
Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

(I) Ocupación agrupada	(J) Ocupación agrupada	Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95%.	
					Límite inferior	Límite Superior
Profesionales independiente/liberales/empresarios/directivos (grupo 1)	Trabajo cualificado	7.0728	5.30506	1.000	-8.3051	22.4508
	Trabajo no cualificado	2.7841	4.95959	1.000	-11.5925	17.1606
	Amas de casa	-4.4752	4.85058	1.000	-18.5357	9.5853
	Estudiantes	12.6750	6.85975	.689	-7.2096	32.5596
Trabajo cualificado	Profesionales independiente/liberales/empresarios/directivos (grupo 1)	-7.0728	5.30506	1.000	-22.4508	8.3051
	Trabajo no cualificado	-4.2888	3.15640	1.000	-13.4383	4.8608
Trabajo no cualificado	Amas de casa	-				
		11.5480(*)	2.98218	.002	-20.1926	-2.9035
	Estudiantes	5.6021	5.69399	1.000	-10.9032	22.1075
	Profesionales independiente/liberales/empresarios/directivos (grupo 1)	-2.7841	4.95959	1.000	-17.1606	11.5925
	Trabajo cualificado	4.2888	3.15640	1.000	-4.8608	13.4383
	Amas de casa	-7.2593(*)	2.31242	.025	-13.9624	-.5562
Amas de casa	Estudiantes	9.8909	5.37358	.699	-5.6857	25.4675
	Profesionales independiente/liberales/empresarios/directivos (grupo 1)	4.4752	4.85058	1.000	-9.5853	18.5357
	Trabajo cualificado	11.5480(*)	2.98218	.002	2.9035	20.1926
	Trabajo no cualificado	7.2593(*)	2.31242	.025	.5562	13.9624
	Estudiantes	17.1502(*)	5.27313	.018	1.8648	32.4356
Estudiantes	Profesionales independiente/liberales/empresarios/directivos (grupo 1)	-12.6750	6.85975	.689	-32.5596	7.2096
	Trabajo cualificado	-5.6021	5.69399	1.000	-22.1075	10.9032
	Trabajo no cualificado	-9.8909	5.37358	.699	-25.4675	5.6857
	Amas de casa	-				
		17.1502(*)	5.27313	.018	-32.4356	-1.8648

Basado en las medias observadas.

(\*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

**Tiempo medio de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)**



**Grafico 42**

#### 4-TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y TIPO DE CONVIVENCIA

Observamos que el tiempo de evolución de la enfermedad en las pacientes que conviven con sus padres es significativamente menor que las que conviven con otros ( $p=0,002$ ), con el cónyuge ( $p=0,011$ ) y con el cónyuge con hijos ( $p=0,002$ ), pero no difiere en el tiempo de evolución respecto a las pacientes que viven solas.

No observamos diferencias significativas entre los restantes grupos de convivencia.

**Tabla 202: Estimaciones**

Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

Convivencia	Media	Error típ.	Intervalo de confianza al 95%.	
			Límite inferior	Límite superior
Solo	20.410(a)	3.461	13.507	27.312
Otros	22.402(a)	2.258	17.899	26.904
Padres	14.328(a)	2.421	9.499	19.157
Cónyuge	19.985(a)	3.294	13.415	26.555
Cónyuge con hijos	27.991(a)	3.632	20.748	35.234

(a) Basada en la media marginal poblacional modificada.

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

(I) Convivencia (J) Convivencia			Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95%.	
						Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	Solo	Otros	-3.1559	3.76339	1.000	-14.0650	7.7531
		Padres	7.0862	3.75124	.630	-3.7877	17.9600
		Cónyuge	-3.2666	4.06547	1.000	-15.0513	8.5181
		Cónyuge con hijos	-5.0296	4.09949	1.000	-16.9129	6.8537
	Otros	Solo	3.1559	3.76339	1.000	-7.7531	14.0650
		Padres	10.2421(*)	2.61644	.002	2.6577	17.8265
		Cónyuge	-.1107	3.04991	1.000	-8.9516	8.7302
		Cónyuge con hijos	-1.8737	3.09511	1.000	-10.8456	7.0982
	Padres	Solo	-7.0862	3.75124	.630	-17.9600	3.7877
		Otros	-10.2421(*)	2.61644	.002	-17.8265	-2.6577
		Cónyuge	-10.3528(*)	3.03491	.011	-19.1502	-1.5554
		Cónyuge con hijos	-12.1158(*)	3.08033	.002	-21.0448	-3.1867
	Cónyuge	Solo	3.2666	4.06547	1.000	-8.5181	15.0513
		Otros	.1107	3.04991	1.000	-8.7302	8.9516
		Padres	10.3528(*)	3.03491	.011	1.5554	19.1502
		Cónyuge con hijos	-1.7630	3.45610	1.000	-11.7813	8.2553
	Cónyuge con hijos	Solo	5.0296	4.09949	1.000	-6.8537	16.9129
		Otros	1.8737	3.09511	1.000	-7.0982	10.8456
		Padres	12.1158(*)	3.08033	.002	3.1867	21.0448
		Cónyuge	1.7630	3.45610	1.000	-8.2553	11.7813

Basado en las medias observadas.

(\*) La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

### Tiempo medio de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

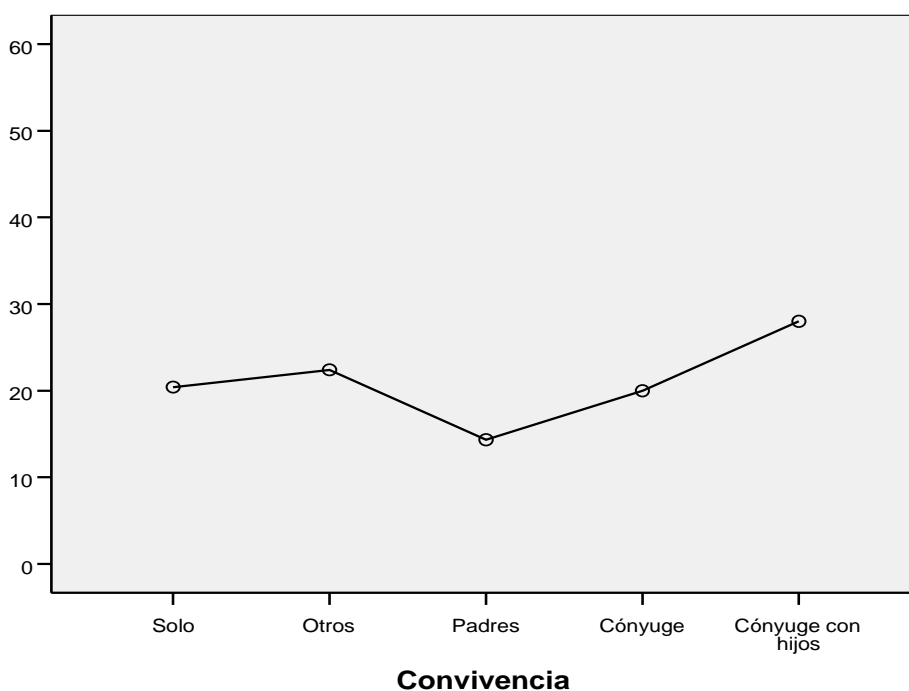


Gráfico 43

### 5-TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y FERTILIDAD

Uno de los puntos de mayor interés es ver si existe relación estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad en las mujeres con Esquizofrenia y la fertilidad. Incluimos en ello el estudio del número de partos y del número de abortos.

Realizamos además su análisis agrupando a las pacientes para comparar así a las pacientes con y sin hijos (pacientes nulíparas).

Estudiamos :

- a) Tiempo de evolución de la enfermedad y número de partos
- b) Mujeres nulíparas o con hijos y tiempo de evolución de la enfermedad
- c) Tiempo de evolución de la enfermedad y número de abortos

### a) Tiempo de evolución de la enfermedad y número de partos

Aplicamos la prueba de regresión lineal univariante para evaluar la relación entre el número de partos y el tiempo de evolución de la enfermedad.

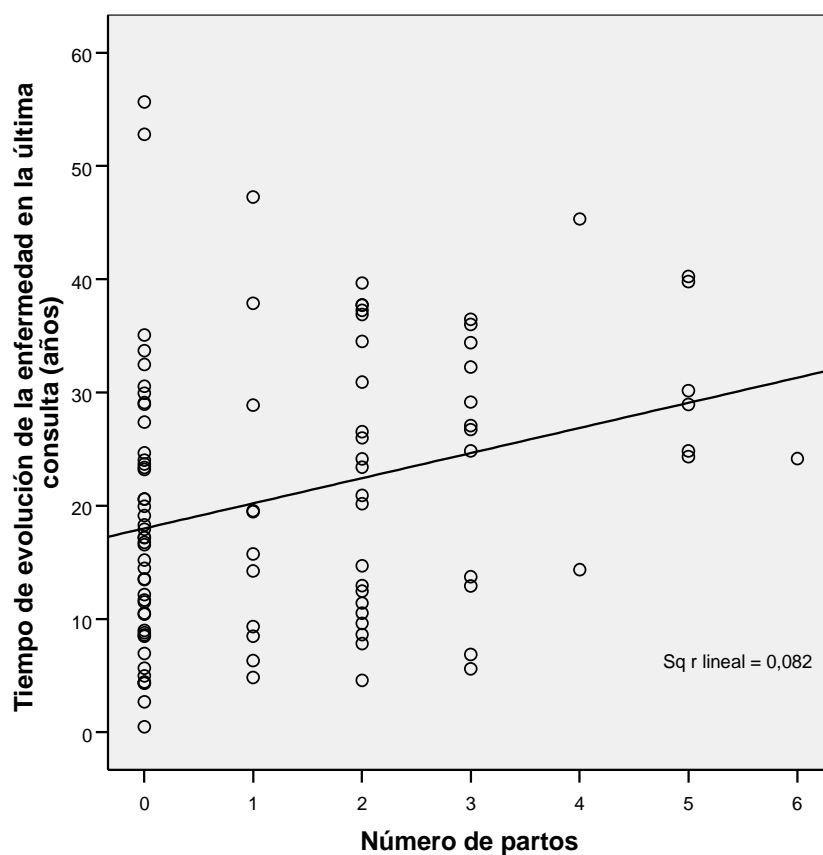
Observamos que el tiempo de evolución de la enfermedad es mayor a mayor número de partos, de forma que el tiempo de evolución aumenta 2,2 años (IC95% 0,7 a 3,7) por cada parto ( $p < 0,0001$ ).

**Tabla 203: Coeficientes(a)**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	17.996	1.542		11.671	.000	14.936	21.055
Número de partos	2.218	.748	.287	2.966	.004	.734	3.703

(a) Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

**Gráfico 44**



## b) Mujeres nulíparas o con hijos y tiempo de evolución de la enfermedad

El tiempo de evolución de la enfermedad en las mujeres con hijos es significativamente mayor que en las mujeres nulíparas ( $p=0.037$ ), con una diferencia promedio de 5 años (IC95% 0,3 a 9,8).

Tabla 204: Estadísticos de grupo

	Pacientes nulíparas o con hijos	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)	Nulíparas	46	18.2695	11.90140	1.75477
	Con hijos	54	23.3082	11.89356	1.61851

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig.(bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tiempo de evolución de la enf. en la última consulta (años)	Se han asumido varianzas iguales	.678	.412	-2.111	98	.037	-5.03866	2.38708	-9.77575	-.30157
	No se han asumido varianzas iguales			-2.111	95.469	.037	-5.03866	2.38721	-9.77757	-.29975

### c) Tiempo de evolución de la enfermedad y número de abortos

Aplicamos la prueba de regresión lineal univariante para evaluar la relación entre el número de abortos y el tiempo de evolución de la enfermedad.

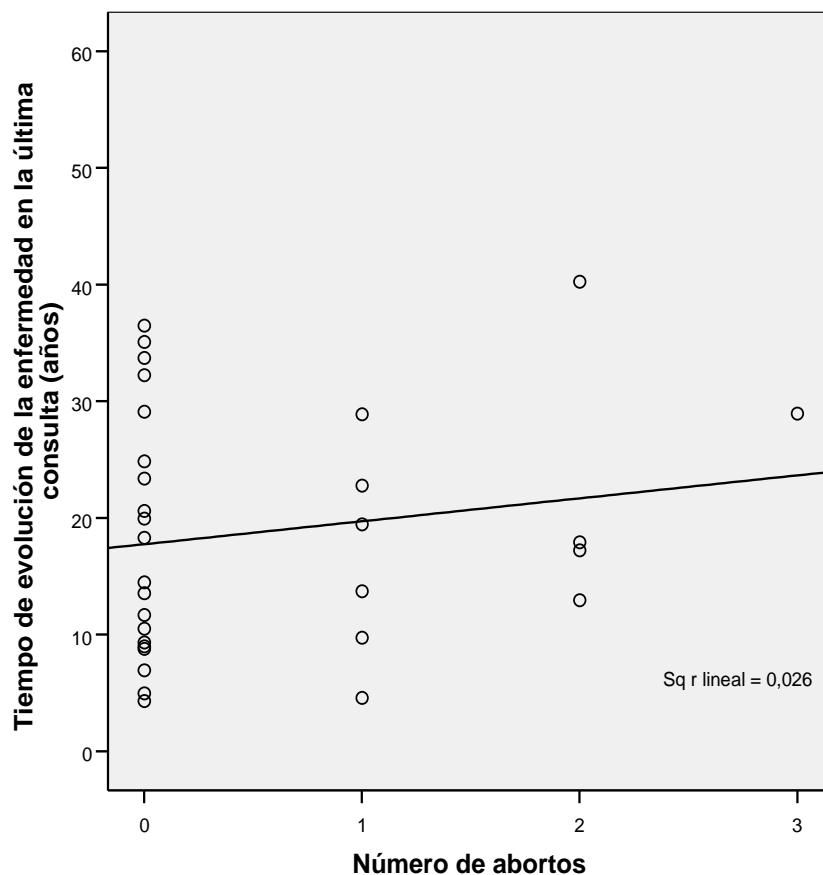
La relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el número de abortos no resulta estadísticamente significativa.

**Tabla 205: Coeficientes(a)**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	17.750	2.215		8.012	.000	13.219	22.281
	Número de abortos	1.965	2.215	.163	.887	.382	-2.566	6.496

(a) Variable dependiente: Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)

**Gráfico 45**



## 6- TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD E HISTORIA FAMILIAR DE ENF. MENTAL

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de evolución de la enfermedad de las pacientes con o sin antecedentes familiares de enfermedad mental. La comparación la hemos realizado mediante la prueba de la t de Student para datos independientes.

**Tabla 206: Estadísticos de grupo**

	Antecedentes familiares de primero o segundo grado de enfermedad mental	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)	Sin antecedentes	34	21.3428	11.67301	2.00190
	Con antecedentes	68	20.2481	13.80071	1.67358

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferenc	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tiempo de evolución de la enf. en la última consulta (años)	Se han asumido varianzas iguales	2.649	.107	.397	100	.692	1.09464	2.75926	-4.37966	6.56894
	No se han asumido varianzas iguales			.420	76.775	.676	1.09464	2.60931	-4.10140	6.29068



## 7-TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (EN SU NACIMIENTO)

Encontramos diferencias no significativas, aunque con un valor de p muy cercano a los resultados significativos ( $p=0,051$ ), en el tiempo de evolución de la enfermedad entre las mujeres con o sin antecedentes obstétricos, resultando mayor el tiempo de evolución si la mujer no tiene antecedentes obstétricos.

**Tabla 207: Estadísticos de grupo**

Antecedentes obstétricos		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (años)	No	38	21.3123	12.72795	2.06475
	Sí	10	12.7342	8.84941	2.79843

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tiempo de evolución de la enf. en la última consulta (años)	Se han asumido varianzas iguales	2.201	.145	2.000	46	<b>.051</b>	8.57808	4.28894	-.05510	17.21126
	No se han asumido varianzas iguales			2.467	20.023	.023	8.57808	3.47770	1.32426	15.83190



### 6.3.1.6 COMPARACIÓN GRUPO DE MUJERES CON ESQUIZOFRENIA NULÍPARAS FRENTE A GRUPO DE MUJERES CON ESQUIZOFRENIA CON HIJOS

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 46 corresponden a pacientes nulíparas ( sin hijos) y 54 a pacientes con hijos.

TABLA 208: SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL Y FINAL:

		Pacientes nulíparas o con hijos			
		Nulíparas		Con hijos	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo de inicio</b>	295.0 Esquizofrenia	2	4.3%	1	1.9%
	295.1 E. Hebefrénica	2	4.3%	4	7.4%
	295.2 E. Catatónica	1	2.2%	1	1.9%
	295.3 E. Paranoide	25	54.3%	26	48.1%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	4	8.7%	2	3.7%
	295.5 E. Latente	1	2.2%	0	.0%
	295.6 E. Residual	3	6.5%	7	13.0%
	295.7 Esquizoafectivo	4	8.7%	10	18.5%
	295.8 Otras	1	2.2%	1	1.9%
	295.9 Sin especificar	3	6.5%	2	3.7%
<b>Diagnóstico final codificado</b>	295.0 Esquizofrenia	1	2.2%	0	.0%
	295.1 E. Hebefrénica	1	2.2%	0	.0%
	295.2 E. Catatónica	1	2.2%	1	1.9%
	295.3 E. Paranoide	17	37.0%	27	50.0%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	1	2.2%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	2.2%	0	.0%
	295.6 E. Residual	11	23.9%	15	27.8%
	295.7 Esquizoafectivo	9	19.6%	9	16.7%
	295.8 Otras	2	4.3%	1	1.9%
	295.9 Sin especificar	2	4.3%	1	1.9%

TABLA 209: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

		Pacientes nulíparas o con hijos					
		Nulíparas			Con hijos		
		Media	N	%	Media	N	%
<b>Edad</b>		45.11	46	100.0%	60.30	54	100.0%
<b>Pacientes nulíparas o con hijos</b>	Nulíparas		46	100.0%		0	.0%
	Con hijos		0	.0%		54	100.0%
<b>Estado civil</b>	Soltera		43	93.5%		3	5.6%
	Casada		2	4.3%		30	55.6%
	Viuda		0	.0%		9	16.7%
	Separada-Divorciada		1	2.2%		12	22.2%
<b>Estado civil (con o sin pareja)</b>	Sin pareja (soltera, viuda, separada)		44	95.7%		24	44.4%
	Con pareja (casada)		2	4.3%		30	55.6%
<b>Nivel educativo</b>	Analfabeto		3	7.1%		5	10.4%
	Primarios		17	40.5%		36	75.0%
	Bachiller		4	9.5%		3	6.3%
	Formación profesional		12	28.6%		4	8.3%
	Universitarios		6	14.3%		0	.0%
<b>Ocupación agrupada</b>	Profesionales (grupo 1)						
	Independiente/liberales/empresarios/directivos		1	2.3%		2	3.7%
	Trabajo cualificado		6	14.0%		5	9.3%
	Trabajo no cualificado		18	41.9%		15	27.8%
	Amas de casa		13	30.2%		32	59.3%
	Estudiantes		5	11.6%		0	.0%
<b>Situación laboral</b>	Trabajando		4	9.3%		6	11.1%
	Ama de casa		4	9.3%		14	25.9%
	No trabaja (parado, pensionista, incapacidad)		35	81.4%		34	63.0%
<b>Situación laboral</b>	Trabajando		4	9.3%		6	11.1%
	Ama de casa		4	9.3%		14	25.9%
	No trabaja (parado, pensionista)		20	46.5%		25	46.3%
	Incapacidad laboral		15	34.9%		9	16.7%
<b>Convivencia codificada 1</b>	Solo		2	4.3%		4	7.4%
	Con padres		27	58.7%		3	5.6%
	Con familiares y otros		14	30.4%		43	79.6%
	Residencia o piso tutelado		3	6.5%		4	7.4%

TABLA 210: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

		Pacientes nulíparas o con hijos							
		Nulíparas				Con hijos			
		N	Media	Desviación típica	%	N	Media	Desviación típica	%
Tiempo en años de atención en los SSM		46	8.59	5.59		54	9.89	7.51	
Edad de inicio		46	22.93	8.75		54	33.43	9.39	
Edad en el primer ingreso		46	24.93	8.48		54	33.15	9.78	
Número de ingresos		46	3.09	3.31		54	3.19	3.63	
Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio		46	1.80	2.43		54	1.61	2.36	
Ingresos involuntarios	No	18			45.0%	17			39.5%
	Sí	22			55.0%	26			60.5%
Intentos de suicidio	No	36			85.7%	31			66.0%
	Sí	6			14.3%	16			34.0%
Episodios de agresividad física	No	30			75.0%	30			71.4%
	Sí	10			25.0%	12			28.6%
Inicio de la enfermedad	Agudo	16			34.8%	13			24.1%
	Subagudo	18			39.1%	27			50.0%
	No consta	12			26.1%	14			25.9%
Inicio relacionado con Estresores	Sí	18			39.1%	25			46.3%
	No	6			13.0%	4			7.4%
	No consta	22			47.8%	25			46.3%
Inicio relacionado con Drogas	Sí	3			6.5%	0			.0%
	No	20			43.5%	34			63.0%
	No consta	23			50.0%	20			37.0%
Conciencia de enfermedad	No	14			32.6%	18			34.0%
	Sí	29			67.4%	35			66.0%
Evolución menor o mayor de 20 años	Menor de 20 años de evolución	29			63.0%	22			40.7%
	Más de 20 años de evolución	17			37.0%	32			59.3%

TABLA 211: FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD:

		Pacientes nulíparas o con hijos							
		Nulíparas				Con hijos			
		Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica	Recuento	% del N válido de columna	Media	Desviación típica
<b>Antecedentes consumo de alcohol</b>	No	32	84.2%			37	82.2%		
	Sí	6	15.8%			8	17.8%		
<b>Antecedentes consumo de drogas</b>	No	28	73.7%			44	97.8%		
	Sí	10	26.3%			1	2.2%		
<b>Antecedentes consumo de tabaco</b>	No	9	47.4%			22	78.6%		
	Sí	10	52.6%			6	21.4%		
<b>Antecedentes juego</b>	No	14	93.3%			30	100.0%		
	Sí	1	6.7%			0	.0%		
<b>Consumo actual de alcohol</b>	No	34	82.9%			43	87.8%		
	Sí	7	17.1%			6	12.2%		
<b>Consumo actual de drogas</b>	No	36	87.8%			48	98.0%		
	Sí	5	12.2%			1	2.0%		
<b>Consumo actual de tabaco</b>	No	12	46.2%			23	79.3%		
	Sí	14	53.8%			6	20.7%		
<b>Juego actual</b>	No	16	94.1%			32	100.0%		
	Sí	1	5.9%			0	.0%		
<b>Antecedentes obstétricos</b>	No	15	78.9%			12	92.3%		
	Sí	4	21.1%			1	7.7%		
<b>Antecedentes familiares de primer grado enf. mental</b>	No	17	50.0%			13	35.1%		
	Sí	17	50.0%			24	64.9%		
<b>Antecedentes familiares de 2 ° grado de enf. mental</b>	No	21	61.8%			30	83.3%		
	Sí	13	38.2%			6	16.7%		
<b>Número de partos</b>		46		.00	.00	54		2.50	1.28
<b>Número de abortos</b>		46		.22	.65	54		1.00	1.00

## Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Pacientes nulíparas o con hijos
Antecedentes consumo de alcohol	Chi-cuadrado	.058
	gl	1
	Sig.	.810
Antecedentes consumo de drogas	Chi-cuadrado	10.403
	gl	1
	Sig.	.001(*)
Antecedentes consumo de tabaco	Chi-cuadrado	4.908
	gl	1
	Sig.	.027(*)
Antecedentes juego	Chi-cuadrado	2.045
	gl	1
	Sig.	.153(a,b)
Consumo actual de alcohol	Chi-cuadrado	.421
	gl	1
	Sig.	.516
Consumo actual de drogas	Chi-cuadrado	3.699
	gl	1
	Sig.	.054(a)
Consumo actual de tabaco	Chi-cuadrado	6.513
	gl	1
	Sig.	.011(*)
Juego actual	Chi-cuadrado	1.922
	gl	1
	Sig.	.166(a,b)
Antecedentes obstétricos	Chi-cuadrado	1.045
	gl	1
	Sig.	.307(a)
Antecedentes familiares de primer grado de enfermedad mental	Chi-cuadrado	1.605
	gl	1
	Sig.	.205
Antecedentes familiares de segundo grado de enfermedad mental	Chi-cuadrado	4.113
	gl	1
	Sig.	.043(*)

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

\* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

- (a) Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.
- (b) Las frecuencias esperadas de casilla mínimas en esta subtabla son inferiores a uno. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.

TABLA 211 CONT.- : FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD:

		Pacientes nulíparas o con hijos							
		Nulíparas				Con hijos			
		Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna	Recuento	Media	Desviación típica	% del N válido de columna
Nº de psiquiatras distintos		46	3	2		54	3	2	
Nº de psicólogos		46	.47	.80		54	.04	.20	
Nº D.U.E.		46	1.24	.93		54	1.19	.91	
Nº de T. S		46	.91	.75		54	.69	1.01	
Nº de T.O.		46	.51	.77		54	.20	.45	
Incluido en programa de rehabilitación	No	24			57.1%	39			78.0%
	Sí	18			42.9%	11			22.0%
Adherencia a la medicación	No	10			22.7%	21			43.8%
	Sí	34			77.3%	27			56.3%
Adherencia a otros ttos (citas revision, rehab.,grupos)	No	13			29.5%	22			45.8%
	Sí	31			70.5%	26			54.2%
Incapacitación legal	No	42			91.3%	53			98.1%
	Sí	4			8.7%	1			1.9%
Apoyo familiar	Bueno	25			54.3%	39			72.2%
	Escaso	16			34.8%	7			13.0%
	Ninguno	1			2.2%	4			7.4%
	Ningún contacto	1			2.2%	0			.0%
	No cons	3			6.5%	4			7.4%
Valores religiosos	No	3			42.9%	6			60.0%
	Sí	4			57.1%	4			40.0%
Valores estéticos	No	4			57.1%	8			80.0%
	Sí	3			42.9%	2			20.0%
Valores económicos	No	6			85.7%	10			100.0%
	Sí	1			14.3%	0			.0%
Pertenencia a ONG	No	12			80.0%	10			83.3%
	Sí	3			20.0%	2			16.7%
Pertenencia a grupos(musical, coro)	No	15			100.0%	12			100.0%
	Sí	0			.0%	0			.0%
Pertenencia a asociaciones enf., otras	No	11			73.3%	10			83.3%
	Sí	4			26.7%	2			16.7%



<b>Factores de estrés imp o relacionados con recaídas</b>	No	15	32.6%	12	22.2%
	Sí	31	67.4%	42	77.8%
<b>Factores de estrés en el último año</b>	No	41	89.1%	48	88.9%
	Sí	5	10.9%	6	11.1%
<b>Suicidio en la familia</b>	No	43	93.5%	50	92.6%
	Sí	3	6.5%	4	7.4%

En la comparación de las características de las mujeres con Esquizofrenia nulíparas o que han tenido hijos, encontramos las siguientes diferencias:

- Edad significativamente mayor en las mujeres con hijos.
- Mayor proporción de mujeres sin pareja en las mujeres nulíparas ( $p<0,0001$ ).
- Mayor proporción de amas de casa en mujeres con hijos, y de mujeres que no trabajan o con incapacidad laboral en las mujeres nulíparas ( $p<0,0001$ ).
- La convivencia es mayor con los padres ( $p<0,05$ ) en las mujeres nulíparas, y con el cónyuge con o sin hijos si tuvieron hijos.
- El consumo de drogas en el pasado y de tabaco en el pasado y actual es mayor en las mujeres nulíparas ( $p=0,001$  y  $0,027$  drogas y alcohol en el pasado y  $p=0,011$  tabaco actual)
- La proporción de mujeres con antecedentes familiares de segundo grado de enfermedad mental es mayor en las mujeres nulíparas ( $p=0,043$ ).
- El número de abortos difiere .
- El número de psicólogos y T.O. que intervienen a lo largo de su atención en el CSM es mayor en las nulíparas ( $p<0,05$ ).
- Están incluidas en programas de rehabilitación en mayor proporción las mujeres nulíparas ( $p=0,032$ ).
- La adherencia a la medicación es significativamente mayor en las mujeres nulíparas ( $p=0,033$ ).
- En los restantes factores no encontramos diferencias singificativas.



### 6.3.1.7 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON ESQUIZOFRENIA QUE TIENEN CONCEDIDO EL RECONOCIMIENTO DE MINUSVALÍA FRENTE A LAS QUE NO LO TIENEN .

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 119 corresponden a mujeres con Esquizofrenia que no tienen el reconocimiento de minusvalía por su enfermedad mental y 32 a mujeres con esquizofrenia con reconocimiento de minusvalía.

Estudiamos los Subtipos diagnósticos de la enfermedad en función de tener o no el reconocimiento de minusvalía por la enfermedad mental (esquizofrenia). No encontramos diferencias entre los dos grupos de pacientes.

TABLA 212: SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL Y FINAL:

		Reconocimiento de Minusvalía			
		No		Sí	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
<b>Subtipo diagnóstico de inicio</b>	295.0 Esquizofrenia	3	2.5%	2	6.3%
	295.1 E. Hebefrénica	5	4.2%	3	9.4%
	295.2 E. Catatónica	3	2.5%	0	.0%
	295.3 E. Paranoide	67	56.3%	19	59.4%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	7	5.9%	1	3.1%
	295.5 E. Latente	1	.8%	0	.0%
	295.6 E. Residual	11	9.2%	4	12.5%
	295.7 Esquizoafectivo	15	12.6%	2	6.3%
	295.8 Otras	2	1.7%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	5	4.2%	1	3.1%
<b>Subtipo diagnóstico final</b>	295.0 Esquizofrenia	2	1.7%	1	3.1%
	295.1 E. Hebefrénica	0	.0%	2	6.3%
	295.2 E. Catatónica	3	2.5%	0	.0%
	295.3 E. Paranoide	62	52.1%	13	40.6%
	295.4 Episodio esquizofrénico agudo	3	2.5%	0	.0%
	295.5 E. Latente	1	.8%	0	.0%
	295.6 E. Residual	25	21.0%	12	37.5%
	295.7 Esquizoafectivo	18	15.1%	3	9.4%
	295.8 Otras	3	2.5%	0	.0%
	295.9 Sin especificar	2	1.7%	1	3.1%

TABLA 213: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

		Reconocimiento de Minusvalía					
		No			Sí		
		Media	N	%	Media	N	%
<b>Edad</b>		54.30	119	100.0%	49.59	32	100.0%
<b>Pacientes nulíparas o con hijos</b>	<b>Nulíparas</b>		33	40.7%		13	68.4%
	<b>Con hijos</b>		48	59.3%		6	31.6%
<b>Estado civil</b>	Soltera		52	43.7%		21	65.6%
	Casada		42	35.3%		8	25.0%
	Viuda		13	10.9%		0	.0%
	Separada-Divorciada		12	10.1%		3	9.4%
<b>Estado civil</b>	Sin pareja(soltera, viuda, separada)		77	64.7%		24	75.0%
<b>Con o sin pareja</b>	Con pareja (casada)		42	35.3%		8	25.0%
<b>Nivel educativo</b>	Analfabeto		11	10.0%		0	.0%
	Primarios		59	53.6%		20	71.4%
	Bachiller		13	11.8%		3	10.7%
	Formación profesional		16	14.5%		5	17.9%
	Universitarios		11	10.0%		0	.0%
<b>Ocupación agrupada</b>	Profesionales (grupo 1) independiente/liberales/empresarios/directivos		6	5.3%		0	.0%
	Trabajo cualificado		17	14.9%		2	6.9%
	Trabajo no cualificado		35	30.7%		11	37.9%
	Amas de casa		51	44.7%		16	55.2%
	Estudiantes		5	4.4%		0	.0%
<b>Situación laboral</b>	<b>Trabajando</b>		17	14.9%		0	.0%
	<b>Ama de casa</b>		24	21.1%		5	15.6%
	<b>No trabaja (parado, pensionista, incapacidad)</b>		73	64.0%		27	84.4%
<b>Situación laboral</b>	<b>Trabajando</b>		17	14.9%		0	.0%
	<b>Ama de casa</b>		24	21.1%		5	15.6%
	<b>No trabaja (parado, pensionista)</b>		57	50.0%		5	15.6%
	<b>Incapacidad laboral</b>		16	14.0%		22	68.8%
<b>Convivencia codificada 1</b>	Solo		10	8.4%		2	6.3%
	Con padres		31	26.1%		14	43.8%
	Con familiares y otros		67	56.3%		13	40.6%
	Residencia o piso tutelado		11	9.2%		3	9.4%

Encontramos una mayor proporción de mujeres que solicitan la minusvalía en el grupo de las mujeres nulíparas (68.4%) frente a las mujeres con hijos (31.6%) ( $p=0,029$ ).

La proporción de mujeres que solicitan minusvalía es significativamente mayor si no trabaja ( $p=0,036$ ) o bien si tiene incapacidad laboral ( $p<0,0001$ ). La proporción de mujeres con incapacidad laboral que solicitan la minusvalía es del 68,8%. Si unimos las incapacidades laborales y el no trabajar por estar en paro o pensionista, la proporción asciende al 84,4%.

#### Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Minusvalía concedida
Pacientes nulíparas o con hijos	Chi-cuadrado	4.747
	gl	1
	Sig.	.029(*)
Estado civil	Chi-cuadrado	6.824
	gl	3
	Sig.	.078(a)
Estado civil Casado o sin pareja (soltera, viuda, separada)	Chi-cuadrado	1.207
	gl	1
	Sig.	.272
Nivel educativo	Chi-cuadrado	7.019
	gl	4
	Sig.	.135(a)
Ocupación agrupada	Chi-cuadrado	4.829
	gl	4
	Sig.	.305(a)
Situación laboral	Chi-cuadrado	6.652
	gl	2
	Sig.	.036(*)
Situación laboral	Chi-cuadrado	40.835
	gl	3
	Sig.	.000(*)
Convivencia codificada 1	Chi-cuadrado	3.969
	gl	3
	Sig.	.265(a)

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

\* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

(a) Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.

TABLA 214: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

		Reconocimiento de Minusvalía							
		No				Sí			
		N	Media	Desviación típica	%	N	Media	Desviación típica	%
<b>Tiempo en años de atención en los SSM</b>		119	9.01	7.84		32	12.23	5.48	
<b>Edad de inicio</b>		119	29.43	11.00		32	23.91	8.41	
<b>Edad en el primer ingreso</b>		119	29.35	10.33		32	22.82	5.31	
<b>Número de ingresos</b>		119	2.78	3.03		32	4.09	4.40	
<b>Número de recaídas con tto a nivel ambulatorio</b>		119	1.71	2.87		32	2.22	2.59	
<b>Ingresos involuntarios</b>	No	51			51.5%	12			44.4%
	Sí	48			48.5%	15			55.6%
<b>Intentos de suicidio</b>	No	77			74.0%	21			77.8%
	Sí	27			26.0%	6			22.2%
<b>Episodios de agresividad física</b>	No	74			76.3%	16			59.3%
	Sí	23			23.7%	11			40.7%
<b>Inicio de la enfermedad</b>	Agudo	39			32.8%	6			18.8%
	Subagudo	55			46.2%	17			53.1%
	No consta	25			21.0%	9			28.1%
<b>Inicio relacionado con Estresores</b>	Sí	54			45.4%	12			37.5%
	No	15			12.6%	5			15.6%
	No consta	50			42.0%	15			46.9%
<b>Inicio relacionado con Drogas</b>	Sí	7			5.9%	1			3.1%
	No	68			57.1%	17			53.1%
	No consta	44			37.0%	14			43.8%
<b>Conciencia enfermedad</b>	No	41			36.3%	12			41.4%
	Sí	72			63.7%	17			58.6%
<b>Evolución menor o mayor de 20 años</b>	Menor de 20 años	65			54.6%	15			46.9%
	Más de 20 años de evolución	54			45.4%	17			53.1%

Encontramos que el número de años de atención en los SSM es significativamente mayor en las mujeres que han solicitado minusvalía ( $p<0,05$ ).

La edad de inicio de la enfermedad es significativamente menor en los casos en que ha solicitado minusvalía ( $p>0,05$ ).

La edad del primer ingreso es significativamente menor en las pacientes que solicitan minusvalía ( $p<0,05$ ).

Estos datos pueden estar relacionados con la mayor gravedad de la enfermedad en estas mujeres, que hace que soliciten el reconocimiento de minusvalía. Lo cual viene apoyado por otros datos como son el que las pacientes con reconocimiento de minusvalía tienen un mayor nº de ingresos (una media de 4 frente a 2.7 ingresos), un mayor porcentaje de ingresos involuntarios (55.6% frente a 48.5%) y

de episodios de agresividad física (40.7% frente a 23.7%). Un mayor porcentaje de las pacientes con reconocimiento de minusvalía no tiene conciencia de enfermedad (41.4%).

El inicio de la enfermedad en estos casos es en un mayor porcentaje subagudo (53.1% frente a 46.2%), está en un menor porcentaje relacionado con factores de estrés (37.5% frente a un 45.4%) y con drogas (3.1% frente al 5.9%). Un porcentaje mayor tiene antecedentes familiares de primer grado de enfermedad mental (60.9% frente a 55.4%) .

El número de años de evolución de la enfermedad es también mayor, siendo en un 53.1% de más de 20 años .

TABLA 214 CONT.-: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

		Reconocimiento de Minusvalía							
		No				Sí			
		N	%	Media	Desviación típica	N	%	Media	Desviación típica
<b>Antecedentes consumo de alcohol</b>	No	84	84.8%			21	75.0%		
	Sí	15	<b>15.2%</b>			7	<b>25.0%</b>		
Antecedentes consumo de drogas	No	85	85.9%			23	85.2%		
	Sí	14	14.1%			4	14.8%		
<b>Antecedentes consumo de tabaco</b>	<b>No</b>	<b>49</b>	<b>76.6%</b>			<b>10</b>	<b>50.0%</b>		
	<b>Sí</b>	<b>15</b>	<b>23.4%</b>			<b>10</b>	<b>50.0%</b>		
<b>Antecedentes juego</b>	No	59	98.3%			15	93.8%		
	Sí	1	1.7%			1	6.3%		
<b>Consumo actual de alcohol</b>	No	91	88.3%			23	76.7%		
	Sí	12	<b>11.7%</b>			7	<b>23.3%</b>		
Consumo actual de drogas	No	95	91.3%			26	86.7%		
	Sí	9	<b>8.7%</b>			4	<b>13.3%</b>		
<b>Consumo actual de tabaco</b>	<b>No</b>	<b>52</b>	<b>74.3%</b>			<b>11</b>	<b>50.0%</b>		
	<b>Sí</b>	<b>18</b>	<b>25.7%</b>			<b>11</b>	<b>50.0%</b>		
<b>Juego actual</b>	No	62	98.4%			17	94.4%		
	Sí	1	1.6%			1	5.6%		
<b>Antecedentes obstétricos</b>	No	28	73.7%			10	100.0%		
	Sí	10	26.3%			0	.0%		
<b>Antecedentes familiares de primer grado de enf. mental</b>	No	37	44.6%			9	39.1%		
	Sí	46	<b>55.4%</b>			14	<b>60.9%</b>		
<b>Antecedentes familiares de segundo grado de enf. mental</b>	No	58	72.5%			18	81.8%		
	Sí	22	27.5%			4	18.2%		
<b>Número de partos</b>		<b>119</b>		<b>1.53</b>	<b>1.64</b>	<b>32</b>		<b>.58</b>	<b>.90</b>
<b>Número de abortos</b>		119		.50	.88	32		.71	.76

El consumo de tabaco es significativamente mayor en las pacientes que solicitan la minusvalía ( $p=0,023$ ) en el consumo pasado y en el consumo actual ( $p=0,032$ ).

El número de partos es significativamente mayor en las mujeres que no solicitan la minusvalía ( $p<0,05$ ).

Destaca , aunque sin significación estadística , el mayor porcentaje de antecedentes de consumo de alcohol en las pacientes con reconocimiento de minusvalía frente a las que no lo tienen (25% frente al 15%) , así como el mayor porcentaje de consumo actual de alcohol (23.2% frente al 11.7%) y de drogas (13.3% frente al 8.7%).

TABLA 215: FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD:

		Reconocimiento de Minusvalía							
		No				Sí			
		N	Media	Desviación típica	%	N	Media	Desviación típica	%
<b>Nº de psiquiatras distintos</b>		119	3	2		32	3	2	
<b>Nº de psicólogos</b>		119	.32	.93		32	.19	.48	
<b>Nº D.U.E.</b>		119	1.09	.90		32	1.73	1.14	
<b>Nº de trabajadores sociales</b>		119	.68	.89		32	1.30	.84	
<b>Nº de T.O.</b>		119	.27	.56		32	.83	.70	
<b>Incluido en Programa de rehabilitación</b>	No	77			76.2%	10			34.5%
	Sí	24			23.8%	19			65.5%
<b>Adherencia a la medicación</b>	No	42			38.9%	8			27.6%
	Sí	66			61.1%	21			72.4%
<b>Adherencia otros ttos</b> (citas revision, activ.,rehabilitacion, grupos)	No	46			43.0%	8			27.6%
	Sí	61			57.0%	21			72.4%
<b>Incapacitación legal</b>	No	115			96.6%	27			84.4%
	Sí	4			3.4%	5			15.6%
<b>Apoyo familiar</b>	Bueno	73			61.3%	20			62.5%
	Escaso	29			24.4%	4			12.5%
	Ninguno	7			5.9%	3			9.4%
	Ningún contacto	1			.8%	1			3.1%
	No consta	9			7.6%	4			12.5%
<b>Valores religiosos</b>	No	8			44.4%	3			30.0%
	Sí	10			55.6%	7			70.0%
<b>Valores estéticos</b>	No	14			77.8%	9			90.0%
	Sí	4			22.2%	1			10.0%
<b>Valores económicos</b>	No	18			100.0%	9			90.0%
	Sí	0			.0%	1			10.0%
<b>Pertenencia a ONG</b>	No	22			84.6%	7			77.8%
	Sí	4			15.4%	2			22.2%



<b>Pertenencia a grupos ( music, coro)</b>	No	26			100.0%	9		100.0%
	Sí	0			.0%	0		.0%
<b>Pertenencia a asociaciones (vecinos, enf., otras)</b>	No	20			76.9%	6		66.7%
	Sí	6			23.1%	3		33.3%
<b>Factores de estrés imp. o relacionados con recaídas</b>	No	31			26.1%	8		25.0%
	Sí	88			73.9%	24		75.0%
<b>Factores de estrés en el último año</b>	No	109			91.6%	29		90.6%
	Sí	10			8.4%	3		9.4%
<b>Suicidio en la familia</b>	No	113			95.0%	30		93.8%
	Sí	6			5.0%	2		6.3%

Las mujeres que solicitan la minusvalía están incluidas en mayor proporción ( $p<0,0001$ ) en los programas de rehabilitación (65,5%), que las mujeres que no solicitan minusvalía (23,8%).

La incapacitación legal es significativamente mayor (Fisher)  $p=0,009$  en las mujeres que tienen el reconocimiento de minusvalía que en las mujeres que no lo tienen .

El número de D.U.E, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales que han intervenido en el tratamiento es significativamente mayor en los tres tipos de profesionales ( $8p<0,05$ ) en las mujeres que solicitan minusvalía.

Destaca , aunque sin significación estadística , el mayor porcentaje de pacientes sin ningún apoyo familiar ( en un 9.4% frente al 5.9% ) o sin ningún contacto familiar (3.1% frente al 0.8%) en las mujeres con Esquizofrenia que tienen reconocimiento de minusvalía. .



**ESTUDIO DE FACTORES QUE INFLUYEN  
SOBRE INDICADORES DE GRAVEDAD  
Y  
SOBRE EL SEGUIMIENTO EN EL  
CENTRO DE SALUD MENTAL**

Para estudiar los factores que influyen sobre diferentes indicadores de la gravedad de la enfermedad y sobre el seguimiento en los SSM se realizó un análisis inferencial de tipo multivariante.

- 1-Gravedad:
  - 1.1 Intento de suicidio (si o no)
  - 1.2 Número de hospitalizaciones
  - 1.3 Número de recaídas.
- 2-Seguimiento en el CSM:
  - 2.1 Con si la paciente sigue o no en tratamiento en el CSM.
  - 2.2 Con el tiempo en seguimiento en el CSM.



## 1- INDICADORES DE GRAVEDAD

### 1.1 FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

Se realizó análisis de tipo multivariante, mediante regresión logística.

Las variables finales para evaluar su relación con los intentos de suicidio fueron seleccionadas en el modelo de significación por criterio de disponibilidad de casos en primer lugar ( se excluyeron los casos sin datos), se eliminaron las variables que producían redundancia o bien variables que resultan constantes o casi constantes entre los pacientes que intentan o no el suicidio.

Se incluyeron en el análisis 64 casos con valores válidos en todas las variables de la ecuación, de los 151 de la muestra. Las variables finales se detallan en la siguiente tabla:

**Tabla 216: Codificaciones de variables categóricas**

		Frecuencia
<b>Nivel educativo</b>	Analfabeto	3
	Primarios	41
	Bachiller	5
	Formación profesional	11
	Universitarios	4
<b>Adherencia a otros tratamientos</b> (ctas revision, rehab., grupos)	No	26
	Sí	38
<b>Zona</b>	Rural	25
	Urbano	39
<b>Estado civil</b> con o sin pareja (soltera, viuda, separada)	Sin pareja	46
	Con pareja	18
<b>Inicio de la enfermedad</b>	Agudo	22
	Subagudo	42
<b>Inicio &lt;25 años o &gt;26 años</b>	Inicio <25 años	39
	Inicio >26 años	25
<b>Ingresos involuntarios</b>	No	34
	Sí	30
<b>Episodios de agresividad física</b>	No	49
	Sí	15
<b>Adherencia a la medicación</b>	No	22
	Sí	42
<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>	No	44
	Sí	20
<b>Conciencia de enfermedad</b>	No	24
	Sí	40
<b>Grupo</b>	Pacientes que NO siguen en tratamiento	23
	Pacientes que siguen en tratamiento	41

En la tabla siguiente mostramos que la potencia del modelo para clasificar correctamente los casos es del 90,6%, con una sensibilidad de 98,1% y Especificidad del 54,5%.

Tabla de clasificación(a)

Observado			Pronosticado		
			Intentos de suicidio		Porcentaje correcto
			No	Sí	
Paso 1	Intentos de suicidio	No	52	1	98.1
		Sí	5	6	54.5
	Porcentaje global				90.6

a El valor de corte es .500

Variables en la ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1(a)	GRUPO(1)	2.124	1.729	1.510	1	.219	8.368	.282	247.985
	EDAD	-.055	.108	.261	1	.609	.946	.766	1.169
	ZONA C(1)	-1.129	1.585	.507	1	.476	.323	.014	7.228
	E CIVIL C2(1)	-2.794	1.817	2.364	1	.124	.061	.002	2.154
	NIVEL EDUC			4.231	4	.376			
	NIVEL EDUC(1)	20.344	19331.453	.000	1	.999	684325117.442	.000	.
	NIVEL EDUC(2)	17.453	19331.453	.000	1	.999	38010729.628	.000	.
	NIVEL EDUC(3)	21.197	19331.453	.000	1	.999	1606639836.828	.000	.
	NIVEL EDUC(4)	17.526	19331.453	.000	1	.999	40877756.327	.000	.
	INICIO A/S C(1)	.389	1.321	.087	1	.769	1.475	.111	19.643
	T EVOL CALC	-.103	.122	.706	1	.401	.902	.710	1.147
	INICIO <25 a (1)	-1.098	2.109	.271	1	.603	.334	.005	20.812
	Nº INGRESOS	.123	.373	.108	1	.742	1.131	.544	2.351
	Nº RECAIDAS	-.081	.385	.044	1	.834	.923	.434	1.964
	INGR INVOL(1)	.051	1.215	.002	1	.966	1.053	.097	11.382
	EPIS AGRES(1)	-2.392	1.522	2.471	1	.116	.091	.005	1.805
	JUDICIAL(1)	-2.758	1.759	2.458	1	.117	.063	.002	1.993
	CONC ENF(1)	-1.918	1.736	1.221	1	.269	.147	.005	4.413
	REHAB (1)	-1.679	1.606	1.093	1	.296	.187	.008	4.342
	CUMPLI MED(1)	-.346	2.757	.016	1	.900	.707	.003	157.295
	CUMPLIOTRO(1)	-.042	2.531	.000	1	.987	.959	.007	136.781
	Constante	-7.930	19331.454	.000	1	1.000	.000		

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: GRUPO, EDAD, ZONA, ECIVILC2, NIVEL E, INICIO C, T EVOL CALC, INICIO <25a, Nº INGRESOS, Nº RECAIDAT, INGR INVOL, EPIS AGRES, JUDICIAL, CONC ENF, REHAB, CUMPLIMED, CUMPLIOTRO.

No encontramos ninguna variable recogida en el estudio que pueda estar relacionada con una mayor probabilidad de suicidio en las pacientes.

En el análisis univariante aplicado al mismo número de casos incluidos en el análisis multivariante encontramos que solo están relacionados los intentos de suicidio con la presencia de problemas judiciales de cualquier tipo.

## Variables que no están en la ecuación

			Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Variables	GRUPO(1)	.073	1	.788
		EDAD	1.593	1	.207
		ZONA C(1)	.148	1	.700
		ECIVILC2(1)	2.495	1	.114
		NIVEL EDUC	6.332	4	.176
		NIVEL EDUC(1)	.531	1	.466
		NIVEL EDUC(2)	.259	1	.611
		NIVEL EDUC(3)	4.740	1	.029
		NIVEL EDUC(4)	.661	1	.416
		INICIO A/S C(1)	1.380	1	.240
		T EVOL CALC	1.855	1	.173
		INICIO< 25a(1)	1.943	1	.163
		Nº INGRESOS	.781	1	.377
		Nº RECAIDAT	.092	1	.761
		EPIS AGRES(1)	1.077	1	.299
		JUDICIAL(1)	5.125	1	.024
		CONC ENF(1)	.868	1	.352
		REHAB(1)	1.054	1	.305
		CUMPLI MED(1)	.868	1	.352
		CUMPLI OTRO(1)	.517	1	.472
Estadísticos globales		27.752	19	.088	

En el grupo total de pacientes observamos sin embargo que no existe relación entre los problemas judiciales y los intentos de suicidio.

		Problemas judiciales de cualquier tipo			
		No		Sí	
		Recuento	% del N válido de columna	Recuento	% del N válido de columna
Intentos de suicidio	No	79	79.8%	9	60.0%
	Sí	20	20.2%	6	40.0%

## Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Problemas judiciales de cualquier tipo
Intentos de suicidio	Chi-cuadrado	2.900
	gl	1
	Sig.	.089(a)

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

(a) Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.

CONSIDERANDO LA VARIABLE INICIO PRECOZ O TARDÍO DE LA ESQUIZOFRENIA CON EL PUNTO DE CORTE EN LOS 45 AÑOS.

El análisis incluye información de 68 casos que reúnen datos en todas las variables incluidas en el análisis.

**Tabla de clasificación(a)**

Observado			Pronosticado		
			Intentos de suicidio		Porcentaje correcto
			No	Sí	
Paso 1	Intentos de suicidio	No	54	2	96.4
		Sí	4	8	66.7
	Porcentaje global				91.2

a El valor de corte es .500

**Variables en la ecuación**

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1(a)	GRUPO(1)	2.980	2.401	1.541	1	.215	19.696	.178	2179.303
	EDAD	.084	.112	.561	1	.454	1.088	.873	1.355
	ZONA C(1)	-3.466	3.542	.957	1	.328	.031	.000	32.346
	E CIVILC2(1)	-3.976	2.457	2.620	1	.106	.019	.000	2.314
	NIVEL EDUC			4.230	4	.376			
	NIVEL EDUC(1)	20.546	19170.145	.000	1	.999	837667049.946	.000	.
	NIVEL EDUC(2)	14.991	19170.145	.000	1	.999	3240369.441	.000	.
	NIVEL EDUC(3)	17.442	19170.145	.000	1	.999	37571318.064	.000	.
	NIVEL EDUC(4)	15.968	19170.145	.000	1	.999	8607151.521	.000	.
	INICIOC A/S C(1)	-.636	1.661	.147	1	.702	.529	.020	13.731
	TCEVOLCCALC	-.380	.246	2.394	1	.122	.684	.422	1.107
	INICIO <45a(1)	28.788	9746.024	.000	1	.998	3181388230497.433	.000	.
	Nº INGRESOS	.876	.903	.941	1	.332	2.402	.409	14.114
	Nº RECAIDAT	.364	.557	.427	1	.514	1.439	.483	4.292
	EPIS AGRES(1)	-2.264	2.581	.769	1	.381	.104	.001	16.376
	JUDICIAL(1)	-4.834	3.088	2.451	1	.117	.008	.000	3.379
	CONC ENF(1)	-1.700	1.827	.866	1	.352	.183	.005	6.562
	REHAB(1)	-1.877	1.766	1.129	1	.288	.153	.005	4.876
	CUMPLI MED(1)	-4.837	4.201	1.326	1	.250	.008	.000	29.884
	CUMPLIOTRO(1)	3.061	4.112	.554	1	.457	21.353	.007	67560.042
	Constante	-							
		35.736	21505.335	.000	1	.999	.000		

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: GRUPO, EDAD, ZONA C, ECIVILC2, NIVEL EDUC, INICIOA/S, TEVOLCALC, INICIO<45 a 2, NºINGRESOS, NºRECAIDAT, EPISºAGRES, JUDICIAL, CONCºENF, REHAB, CUMPLIMED, CUMPLIOTRO.

La inclusión de la variable, tipo de personalidad previa (con trastorno o sin trastorno), reduce el número de casos incluidos en el análisis sin añadir potencia al análisis. Las variables no resultan tampoco significativas en este análisis.

No encontramos ninguna variable recogida en el estudio que pueda estar relacionada con una mayor probabilidad de suicidio en las pacientes.



## 1.2 FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES

Evaluamos la ecuación de regresión logística manteniendo las variables anteriores para evaluar las variables que puedan relacionarse con un mayor número de hospitalizaciones. Se realiza el análisis mediante regresión lineal

Entraron en el análisis un total de 70 casos con valores válidos en todas las variables de la ecuación de los 151 de la muestra.

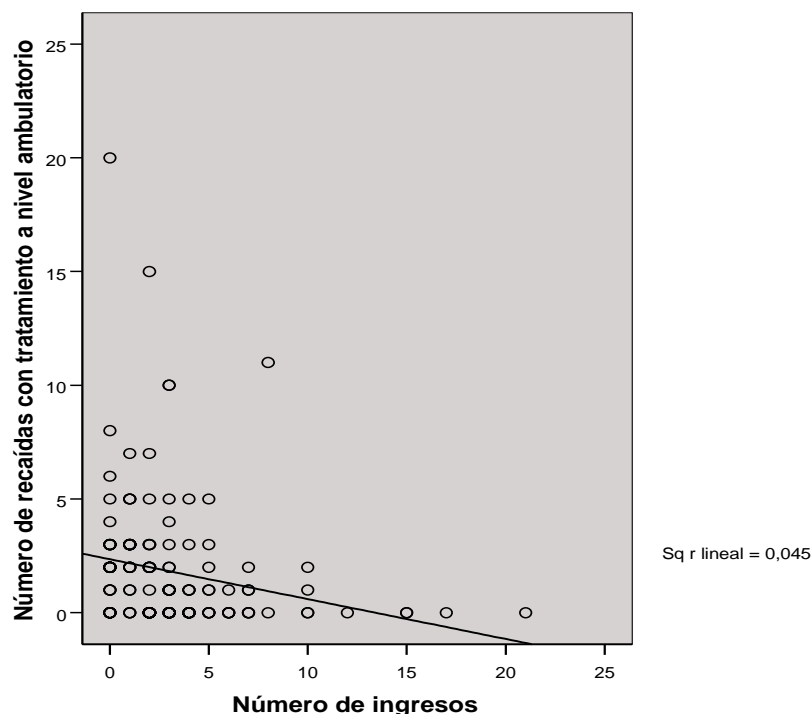
Solo encontramos relación significativa en el número de recaídas a nivel ambulatorio con el número de ingresos. El número de ingresos es inversamente proporcional al número de recaídas tratadas a nivel ambulatorio ( $p=0,016$ ).

**Coeficientes(a)**

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	2.864	1.613		1.776	.081
	<b>Grupo</b>	.333	.827	.071	.403	.689
	<b>Edad</b>	.009	.031	.057	.276	.784
	<b>Zona</b>	-.330	.638	-.070	-.517	.607
	<b>Estado civil</b>					
	Con o sin pareja(soltera, viuda, separada)	-.961	.616	-.197	-1.560	.125
	<b>Nivel educativo</b>	-.465	.310	-.205	-1.498	.140
	<b>Inicio de la enfermedad</b>	-.211	.601	-.044	-.351	.727
	<b>Inicio &lt;25 años o &gt;26 a</b>	-.727	.768	-.156	-.947	.348
	<b>Evolución menor o mayor de 20 años</b>	.647	.775	.140	.836	.407
	<b>Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio</b>	-.223	.090	-.326	-2.486	.016
	<b>Episodios de agresividad física</b>	.790	.670	.145	1.180	.243
	<b>Problemas judiciales de cualquier tipo</b>	1.090	.927	.159	1.176	.245
	<b>Conciencia de enfermedad</b>	.928	.861	.196	1.078	.286
	<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>	-.257	.772	-.051	-.332	.741
	<b>Adherencia a la medicación</b>	.201	1.379	.042	.146	.885
	<b>Adherencia a otros tratamientos</b> (citas revision, actividades, rehabilitacion, grupos)	-.367	1.305	-.079	-.282	.779

(a) Variable dependiente: Número de ingresos

Gráfico 46



CONSIDERANDO LA VARIABLE INICIO PRECOZ O TARDÍO DE LA ENFERMEDAD CON PUNTO DE CORTE EN LOS 45 AÑOS.

Entraron en el análisis un total de 70 casos de los 151 de la muestra.

Solo encontramos relación significativa en el número de recaídas a nivel ambulatorio con el número de ingresos. El número de ingresos es inversamente proporcional al número de recaídas a nivel ambulatorio ( $p=0,026$ ).

La inclusión de la variable "tipo de personalidad previa (Con trastorno o sin trastorno)", no añade información al análisis, y reduce el número de casos que entran en la ecuación a 42.

Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	3.075	1.835		1.675	.100
	<b>Grupo</b>	.262	.831	.056	.316	.753
	<b>Edad</b>	-.003	.035	-.021	-.094	.925
	<b>Zona</b>	-.324	.644	-.069	-.503	.617
	<b>Estado civil</b> Con o sin pareja(soltera, viuda, separada)	-1.073	.613	-.220	-1.748	.086
	<b>Nivel educativo</b>	-.446	.314	-.197	-1.422	.161
	<b>Inicio de la enfermedad</b>	-.135	.602	-.028	-.224	.824
	<b>Inicio Precoz (&lt;45 años) o Tardío (&gt;=45 años)</b>	-.257	1.247	-.036	-.206	.837
	<b>Evolución menor o mayor de 20 años</b>	.756	.873	.163	.866	.391
	<b>Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio</b>	-.212	.092	-.310	-2.294	.026
	<b>Episodios de agresividad física</b>	.775	.679	.142	1.141	.259
	<b>Problemas judiciales de cualquier tipo</b>	1.077	.947	.157	1.137	.260
	<b>Conciencia de enfermedad</b>	.995	.865	.210	1.151	.255
	<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>	-.150	.769	-.030	-.195	.846
	<b>Adherencia a la medicación</b>	.065	1.407	.014	.046	.963
	<b>Adherencia a otros tratamientos</b> (citas revision, actividades, rehabilitacion, grupos)	-.248	1.312	-.054	-.189	.851

(a) Variable dependiente: Número de ingresos



### 1.3 FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL NÚMERO DE RECAÍDAS

Se incluyó en el análisis a 70 casos con valores válidos en todas las variables de la ecuación, del total de las 151 pacientes. Se realizó mediante regresión lineal.

Las pacientes con **mayor edad tienen mayor número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio** ( $p=0,041$ ).

Por cada año de edad mayor aumenta 0,95 el número de recaídas (*1 recaída por año*).

La inclusión de las mujeres en los programas de rehabilitación reduce la probabilidad de recaídas a nivel ambulatorio de forma estadísticamente significativa ( $p=0,016$ ). El estar o no incluida en el programa de rehabilitación aumenta en 2,7 el número de recaídas.

**Coefficientes(a)**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	-2.912	2.392		-1.217	.229
<b>Grupo</b>	2.138	1.209	.310	1.769	.082
<b>Edad</b>	.095	.045	.425	2.095	.041
<b>Zona</b>	.136	.959	.020	.142	.888
<b>Estado civil</b>					
Con o sin pareja (soltera, viuda, separada)	.299	.925	.042	.323	.748
<b>Nivel educativo</b>	.133	.466	.040	.286	.776
<b>Inicio de la enfermedad</b>	-.052	.904	-.007	-.058	.954
<b>Inicio &lt;25 años o &gt;26 a</b>	-1.657	1.132	-.244	-1.464	.149
<b>Evolución menor o mayor de 20 años</b>	-2.046	1.131	-.302	-1.810	.076
<b>Episodios de agresividad física</b>	.725	1.002	.091	.724	.472
<b>Problemas judiciales de cualquier tipo</b>	1.375	1.381	.137	.996	.324
<b>Conciencia de enfermedad</b>	.479	1.292	.069	.370	.712
<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>	-2.731	1.100	-.368	-2.484	.016
<b>Adherencia a la medicación</b>	-1.432	2.064	-.206	-.694	.491
<b>Adherencia a otros tratamientos</b> (citas revision, actividades, rehabilitacion, grupos)	2.428	1.933	.359	1.256	.214

(a) Variable dependiente: Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio

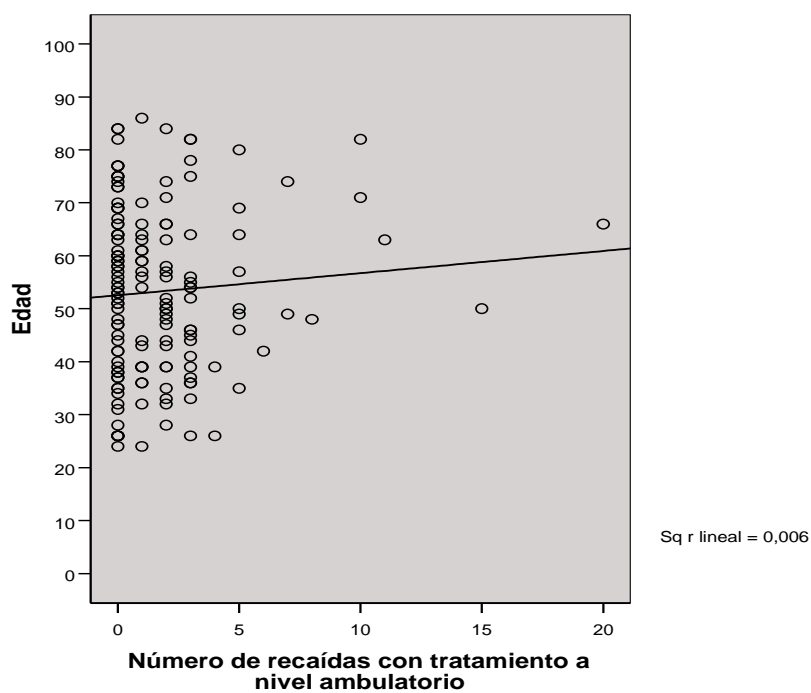
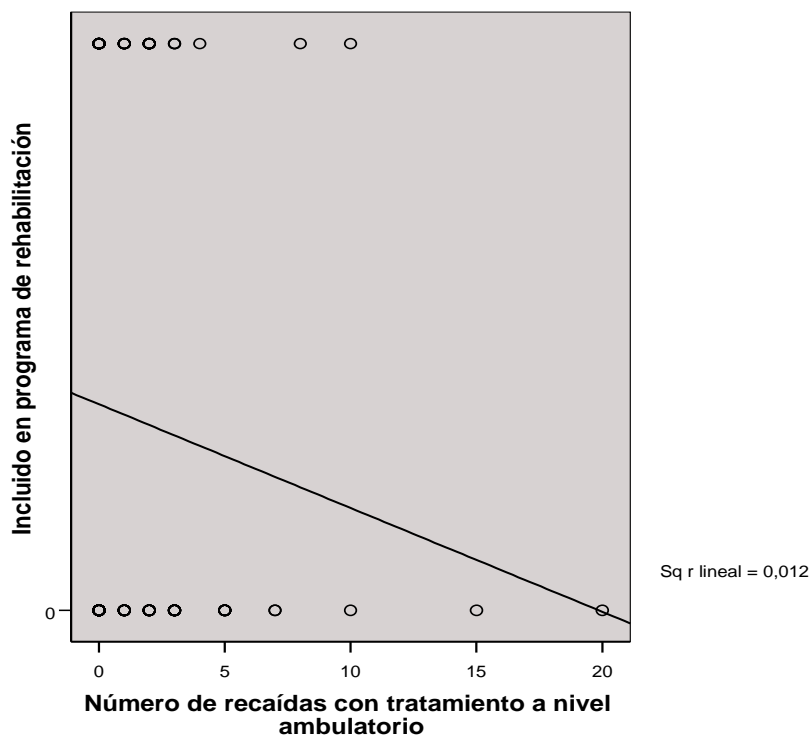


Gráfico 47



# INCORPORANDO LA VARIABLE INICIO PRECOZ O TARDÍO CON PUNTO DE CORTE EN LOS 45 AÑOS.

Se incluyó en el análisis a 70 casos con valores válidos en todas las variables de la ecuación, del total de las 151 pacientes.

Las pacientes con mayor edad tienen mayor número de recaídas tratadas a nivel ambulatorio ( $p=0,012$ ). Por cada año de edad mayor aumenta 0,124 el número de recaídas.

El número de recaídas es significativamente menor ( $p=0,035$ ) si las pacientes tienen un inicio tardío de la enfermedad. Existe una diferencia de 3,8 recaídas más si la paciente tiene inicio precoz de la enfermedad que si el inicio es tardío, manteniendo todas las demás variables constantes, es decir, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad, la edad, y las restantes variables incluidas en la ecuación.

El número de recaídas es mayor si la evolución es mayor de 20 años ( $p=0,022$ ). Existe una diferencia de 2,3 recaídas más si el tiempo de evolución es mayor de 20 años.

La inclusión de las mujeres en los programas de rehabilitación reduce el número de recaídas a nivel ambulatorio de forma estadísticamente significativa ( $p=0,026$ ). El estar o no incluida en el programa de rehabilitación aumenta en 2,5 el número de recaídas.

## Coefficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-4.788	2.600		-1.842	.071
	<b>Grupo</b>	2.040	1.181	.296	1.728	.090
	<b>Edad</b>	.124	.048	.552	2.583	.012
	<b>Zona</b>	.242	.940	.035	.257	.798
	<b>Estado civil</b>					
	Con o sin pareja (soltera, viuda, separada)	-.080	.895	-.011	-.089	.929
	<b>Nivel educativo</b>	.244	.457	.074	.534	.595
	<b>Inicio de la enfermedad</b>	.170	.878	.024	.194	.847
	<b>Inicio Precoz (&lt;45 años) o Tardío (&gt;=45 años)</b>	-3.767	1.747	-.358	-2.156	.035
	<b>Evolución menor o mayor de 20 años</b>	-2.867	1.214	-.423	-2.362	.022
	<b>Episodios de agresividad física</b>	.460	.990	.058	.465	.644
	<b>Problemas judiciales de cualquier tipo</b>	1.712	1.363	.171	1.256	.214
	<b>Conciencia de enfermedad</b>	.503	1.260	.073	.399	.691
	<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>	-2.460	1.072	-.332	-2.294	.026
	<b>Adherencia a la medicación</b>	-.895	2.050	-.129	-.436	.664
	<b>Adherencia a otros tratamientos</b> (citas revision, actividades, rehabilitacion, grupos)	2.268	1.890	.335	1.200	.235

(a) Variable dependiente: Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio

Si añadimos a la ecuación de regresión el tipo de personalidad previa, no se añade información a la obtenida en la ecuación anterior, y continúa siendo significativa la inclusión o no en programas de rehabilitación sobre el número de recaídas a nivel ambulatorio.

## Coeficientes(a)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-7.051	4.732		-1.490	.148
	<b>Grupo</b>	2.533	2.035	.308	1.245	.224
	<b>Edad</b>	.148	.085	.522	1.754	.091
	<b>Zona</b>	1.320	1.721	.163	.767	.450
	<b>Estado civil</b>					
	Con o sin pareja (soltera, viuda, separada)	.142	1.500	.017	.095	.925
	<b>Nivel educativo</b>	.165	.718	.043	.230	.820
	<b>Personalidad previa</b>					
	Patológica o Sin patología	1.459	1.785	.166	.818	.421
	<b>Inicio de la enfermedad</b>	1.326	1.335	.171	.993	.330
	<b>Inicio Precoz (&lt;45 años) o Tardío (&gt;=45 años)</b>	-5.392	2.891	-.408	-1.865	.073
	<b>Evolución menor o mayor de 20 años</b>	-2.911	1.870	-.372	-1.557	.131
	<b>Episodios de agresividad física</b>	1.451	1.613	.154	.900	.376
	<b>Problemas judiciales de cualquier tipo</b>	1.305	2.078	.126	.628	.535
	<b>Conciencia de enfermedad</b>	.181	2.464	.022	.073	.942
	<b>Incluido en programa de rehabilitación</b>	-4.036	1.775	-.491	-2.273	.031
	<b>Adherencia a otros tratamientos</b> (citas revision, actividades, rehabilitacion, grupos)	.861	2.295	.106	.375	.710

(a) Variable dependiente: Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio



## 2- FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL SEGUIMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL

### 2.1 FACTORES QUE SE RELACIONAN CON SI LA PACIENTE SIGUE O NO EN TRATAMIENTO EN EL CSM

Estudiamos a continuación los factores que puedan influir sobre si la paciente continúa o no en seguimiento en el Centro de Salud Mental. (CONSULTAR FACTORES QUE RESULTARON SIGNIFICATIVOS EN EL ANÁLISIS UNIVARIANTE CON GRUPO).

En el análisis multivariante mediante regresión logística, no encontramos ninguna variable que resulte significativa sobre si las pacientes continúan o no en seguimiento en el CSM, cuando se analizan todas las variables de forma conjunta, incluyendo en el análisis aquellas variables que resultaron significativas en el análisis univariante e introduciendo algunas variables básicas de control como por ejemplo la edad de las pacientes.

#### Variables en la ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1(a)	INT SUIC(1)	42.006	14437.805	.000	1	.998	1749010043 938100000.0 00	.000	.
	EDAD	-3.856	553.615	.000	1	.994	.021	.000	.
	ZONA C(1)	1.168	13600.162	.000	1	1.000	3.214	.000	.
	INICIO A/S C(1)	-55.721	10670.849	.000	1	.996	.000	.000	.
	T EVOL CALC	4.877	817.540	.000	1	.995	131.176	.000	.
	INICIO <25a(1)	-75.961	13999.328	.000	1	.996	.000	.000	.
	Nº INGRESOS	1.573	2554.239	.000	1	1.000	4.822	.000	.
	Nº RECAIDAT	13.301	3403.477	.000	1	.997	597937.068	.000	.
	INGR INVOL(1)	82.738	14905.078	.000	1	.996	8567763311 1782500000 0000000000 000000.000	.000	.
	EPIS AGRES(1)	-45.359	7166.263	.000	1	.995	.000	.000	.
	JUDICIAL(1)	-86.111	17648.660	.000	1	.996	.000	.000	.
	CONC ENF(1)	-73.293	23908.861	.000	1	.998	.000	.000	.
	Nº PSIQ CSM	4.749	2277.143	.000	1	.998	115.508	.000	.
	Nº PSICOL	-70.244	10660.235	.000	1	.995	.000	.000	.
	Nº DUE	6.014	7447.491	.000	1	.999	408.940	.000	.
	Nº TS	23.701	16188.865	.000	1	.999	1963699773 2.412	.000	.
	Nº TO	-77.911	15979.767	.000	1	.996	.000	.000	.
	REHAB(1)	-131.988	15702.442	.000	1	.993	.000	.000	.
	CUMPLIMED(1)	-15.708	24205.403	.000	1	.999	.000	.000	.
	Constante	319.765	73099.517	.000	1	.997	7.450E+138		

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: INT SUIC, EDAD, ZONAC, INICIO A/S C, T EVOLCALC, INICIO<25a, NºINGRESOS, NºRECAIDAT, INGRºINVOL, EPISºAGRES, JUDICIAL, CONCENF, NºPSIQ CSM, NºPSICOL, NºDUE, NºTS, NºTO, REHAB, CUMPLIMED.

Incorporamos a la ecuación el inicio precoz o tardío de la enfermedad con el punto de corte a los 45 años. No encontramos modificaciones en los resultados antes expuestos.

La incorporación de la variable “tipo de personalidad previa” tampoco añade información a la ecuación de regresión.

#### Variables en la ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1(a)	INT SUIC(1)	61.352	24442.466	.000	1	.998	4414696491 0222060000 0000000.000	.000	.
	EDAD	-2.572	621.673	.000	1	.997	.076	.000	.
	ZONA C(1)	-26.483	5666.278	.000	1	.996	.000	.000	.
	INICIO A/S C(1)	-65.354	6305.411	.000	1	.992	.000	.000	.
	T EVOL C ALC	3.906	616.370	.000	1	.995	49.697	.000	.
	INICIOPREC2(1)	-145.995	25740.985	.000	1	.995	.000	.000	.
	NºINGRESOS	8.813	3052.590	.000	1	.998	6718.655	.000	.
	NºRECAIDAT	18.629	1496.538	.000	1	.990	123108030.8 98	.000	.
	INGR INVOL(1)	105.614	8283.600	.000	1	.990	7.372E+045	.000	.
	EPIS AGRES(1)	-105.312	9982.944	.000	1	.992	.000	.000	.
	JUDICIAL(1)	-59.187	18814.446	.000	1	.997	.000	.000	.
	CONC ENF(1)	-180.197	14590.066	.000	1	.990	.000	.000	.
	NºPSIQ CSM	20.186	1926.929	.000	1	.992	584483379.1 94	.000	.
	NºPSICOL	-118.371	10491.644	.000	1	.991	.000	.000	.
	NºDUE	-66.856	7995.400	.000	1	.993	.000	.000	.
	NºTS	115.682	16459.949	.000	1	.994	1.737E+050	.000	.
	Nº TO	-92.767	8362.114	.000	1	.991	.000	.000	.
	REHAB(1)	-161.687	25594.812	.000	1	.995	.000	.000	.
	CUMPLIMED(1)	44.388	15210.749	.000	1	.998	1895124773 3524580000. 000	.000	.
	Constante	368.290	93573.057	.000	1	.997	8.835E+159		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: INT SUIC, EDAD, ZONAC, INICIOC, T EVOLCALC, INICIO PREC2, NºINGRESOS, NºRECAIDAT, INGR INVOL, EPIS AGRES, JUDICIAL, CONCENF, NºPSIQUCSM, NºPSICOL, NºDUE, NºTS, NºTO, REHAB, CUMPLIMED.

## 2.2 FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL TIEMPO EN SEGUIMIENTO EN EL CSM

Estudiamos a continuación las variables que se relacionan con un mayor o menor tiempo de seguimiento en el CSM. El análisis se realiza mediante regresión lineal múltiple multivariante, donde la variable dependiente es el tiempo de seguimiento de las pacientes en los SSM y como variables independientes hemos introducido las que aparecen en la siguiente tabla.

Se incluyen en el análisis multivariante los datos de 54 casos con valores válidos en todas las variables de la ecuación, del total de las 151 pacientes, en el que encontramos

**Coeficientes(a)**

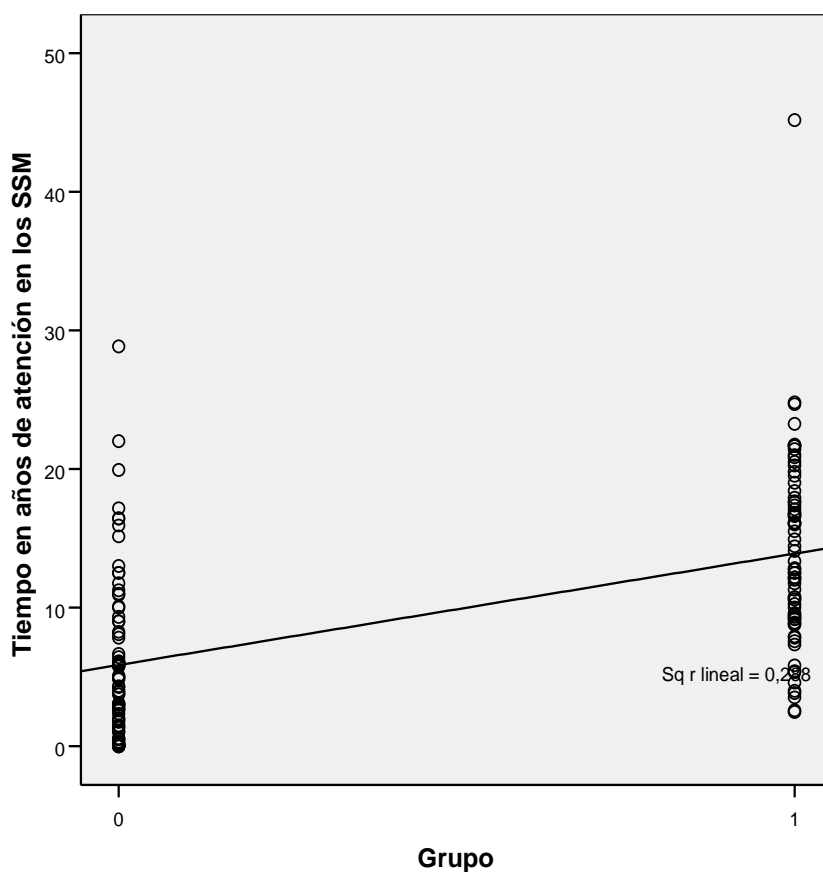
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	B	Error típ.				Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	8.295	5.306		1.563	.129	-2.575	19.164
<b>Grupo</b>	4.955	2.215	.299	2.237	<b>.033</b>	.418	9.492
<b>Subtipo Dx de inicio</b>	-.294	.439	-.081	-.670	.508	-1.193	.605
<b>Subtipo Dx final</b>	-.603	.491	-.158	-1.229	.229	-1.609	.402
<b>Edad</b>	.054	.057	.093	.937	.357	-.064	.171
<b>Zona</b>	.444	1.468	.027	.303	.764	-2.562	3.450
<b>Estado civil</b>	-.897	.722	-.101	-1.242	.225	-2.376	.582
<b>Nivel educativo</b>	-1.341	.810	-.162	-1.656	.109	-3.000	.318
<b>Ocupación agrupada</b>	-.803	1.013	-.076	-.793	.435	-2.878	1.272
<b>Situación laboral</b>	.159	.694	.019	.229	.820	-1.263	1.581
<b>Convivencia</b>	.893	.636	.131	1.403	.171	-.410	2.196
<b>Inicio de la enfermedad</b>	-2.174	1.652	-.127	-1.316	.199	-5.559	1.210
<b>Nº de ingresos</b>	1.374	.363	.416	3.786	<b>.001</b>	.631	2.118
<b>Nº de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio</b>	1.033	.227	.452	4.560	<b>.000</b>	.569	1.497
<b>Ingresos involuntarios</b>	-1.574	1.569	-.097	-1.003	.324	-4.787	1.639
<b>Intentos de suicidio</b>	-2.218	2.132	-.102	-1.040	.307	-6.586	2.150
<b>Episodios de agresividad física</b>	3.332	1.846	.176	1.806	.082	-.448	7.113
<b>Problemas judiciales de cualquier tipo</b>	-6.689	2.584	-.294	-2.589	<b>.015</b>	-11.982	-1.396
<b>Conciencia de enfermedad</b>	.674	2.286	.041	.295	.770	-4.008	5.355
<b>Nº de psiq distintos</b>	1.092	.452	.266	2.418	<b>.022</b>	.167	2.017
<b>Nº de psicólogos</b>	-1.056	2.018	-.054	-.524	.605	-5.189	3.076

<b>Nº D.U.E.</b>	- .693	1.148	- .086	- .604	.551	-3.044	1.657
<b>Nº de T.S.</b>	.933	1.085	.094	.860	.397	-1.289	3.156
<b>Nº de T.O.</b>	.540	1.857	.038	.291	.773	-3.264	4.343
<b>Incluido en Prog. de rehabilitación</b>	-1.050	2.058	-.059	-.510	.614	-5.267	3.166
<b>Adherencia a la medicación</b>	-3.564	2.338	-.205	-1.524	.139	-8.354	1.226

(a ) Variable dependiente: Tiempo en años de atención en los SSM

Las pacientes que no siguen en tratamiento en el CSM tienen además un tiempo de seguimiento en el CSM menor que las pacientes que siguen en tratamiento ( $p=0,033$ ), en promedio 5 años menos (IC95% 0,4 a 9,5) que las mujeres que continúan en seguimiento en el momento de la realización del estudio.

**Gráfico 48**



En cuanto al número de ingresos, este es significativamente mayor en función del tiempo que las mujeres llevan en seguimiento en el SSM (véase la pendiente de la recta). A mayor tiempo de seguimiento, la probabilidad de que las pacientes hayan sufrido un mayor número de ingresos aumenta significativamente.

Gráfico 49

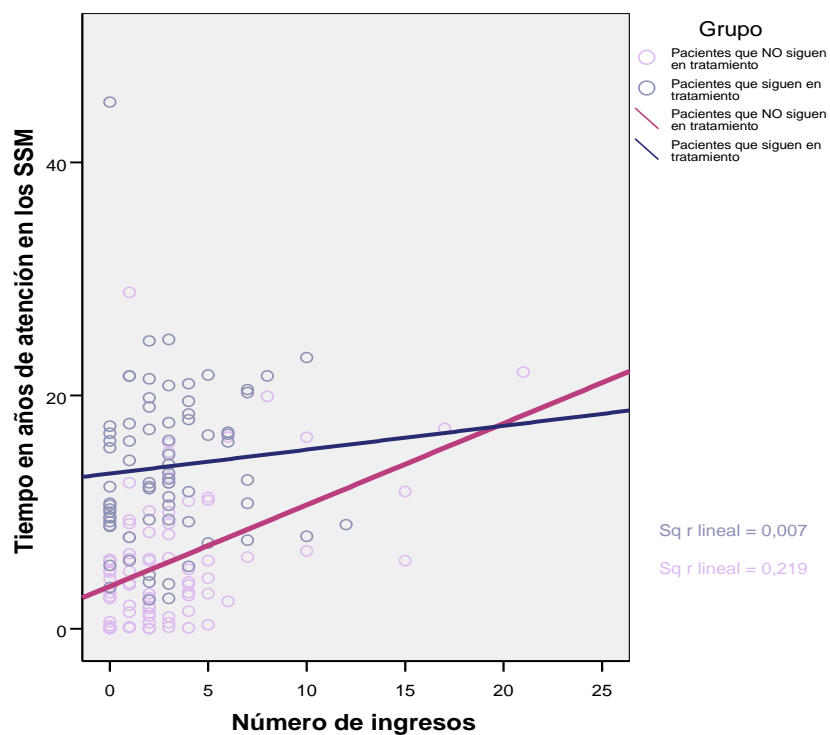
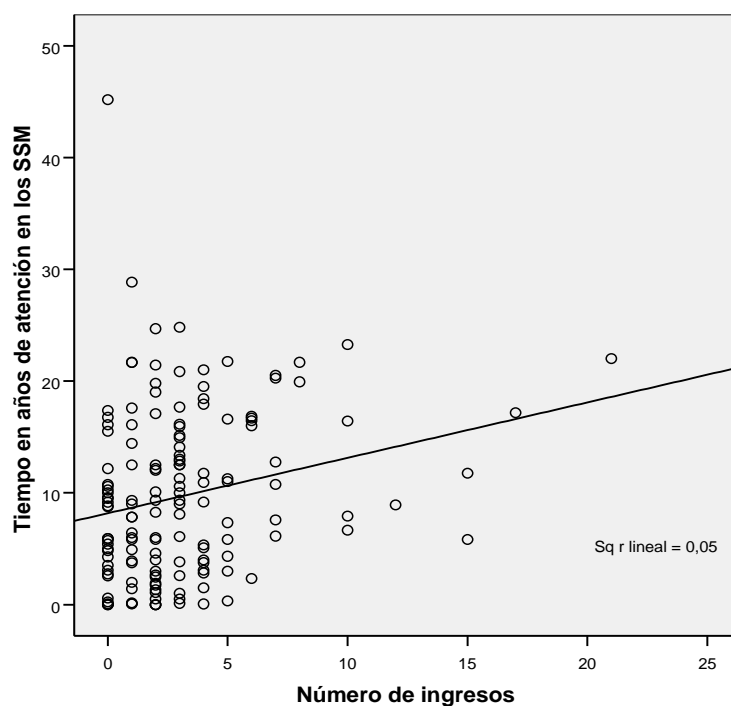


Gráfico 50



En cuanto al número de recaídas, observamos que éstas aumentan si aumenta el tiempo de seguimiento como es lógico, pero las pendientes difieren entre las pacientes que no continúan en seguimiento, respecto a las que continúan en seguimiento en el CSM. Probablemente este dato sea dependiente del número de ingresos, cuantas menos recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio más número de ingresos.

Gráfico 51

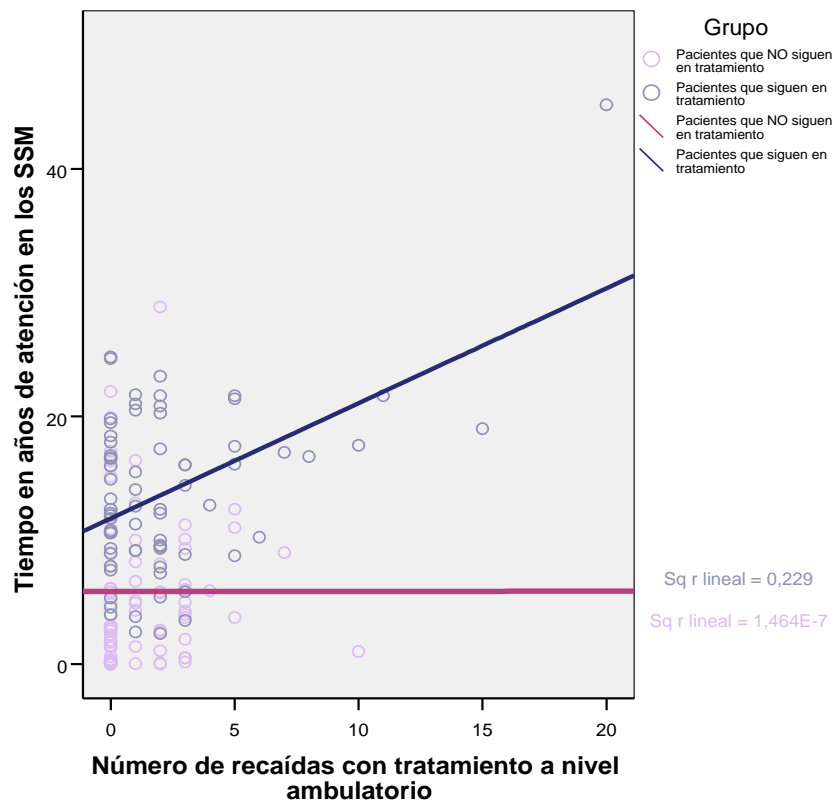
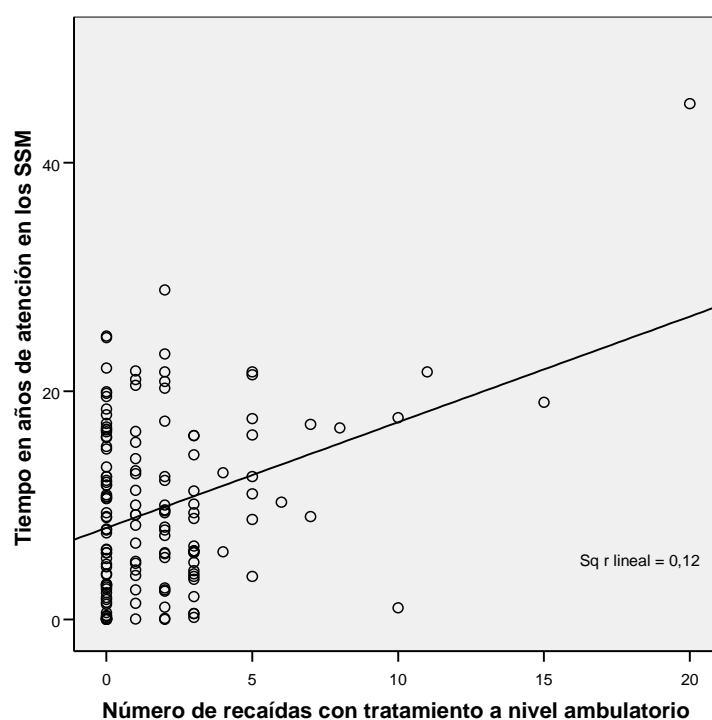


Gráfico 52



Observamos que a mayor tiempo de seguimiento en los SSM la probabilidad de que la paciente tenga problemas judiciales es menor. En las pacientes que siguen en tratamiento en los SSM el tiempo hasta que presentan problemas judiciales es mayor que las mujeres que han abandonado los servicios de SSM.

Gráfico 53

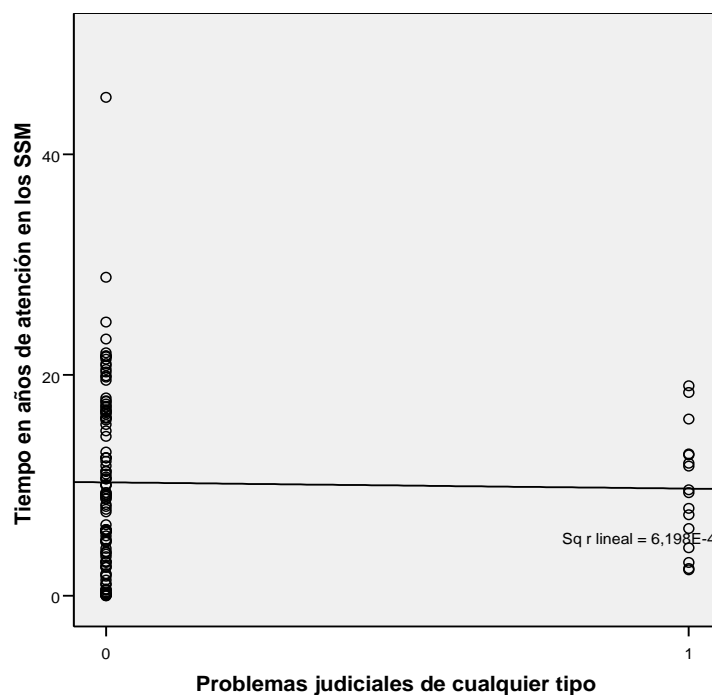
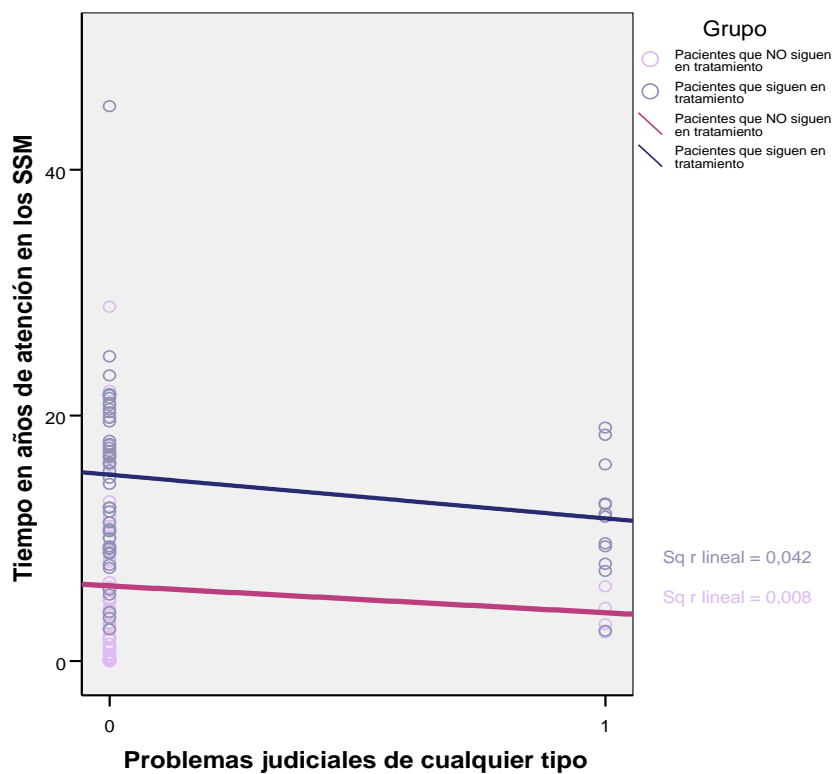
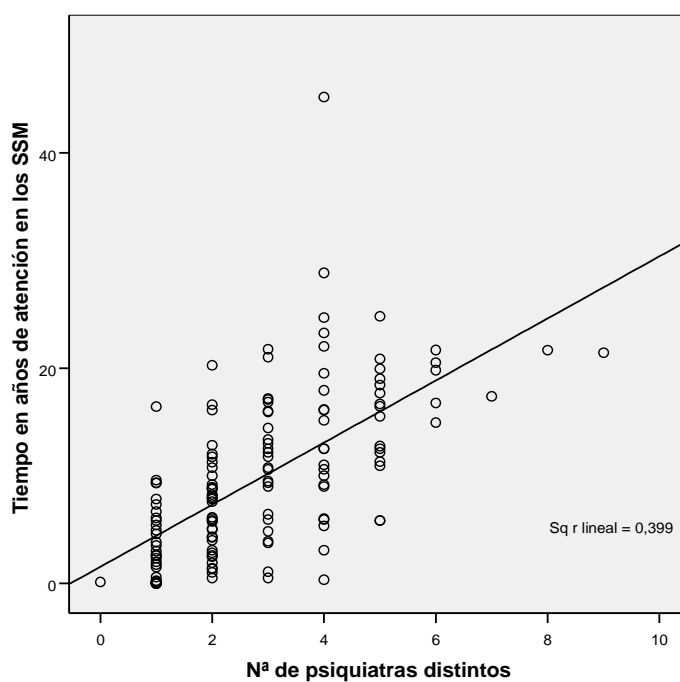


Gráfico 54



El número de psiquiatras distintos aumenta en función del tiempo de seguimiento de las pacientes en el CSM. Aunque se observa una mayor pendiente en el grupo de pacientes que no continúan en seguimiento, no se puede afirmar que el número de psiquiatras difiera entre los grupos en el seguimiento.

Gráfica 55





## 7. DISCUSIÓN

### 7.1 *ALCANCE Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO*

Este trabajo tiene como finalidad fundamental el estudio del enfermar en la mujer, en concreto de la naturaleza de la Esquizofrenia en la mujer.

En los últimos años autores como Angermeyer, 1988,1990; Lewis, 1992; Walker & Lewine, 1993,2006; Salem, 1998; Häfner, 2000,2003; Moldin, 2000; Murray, 2000; Usall, 2000; o Riecher- Rössler en 2007, han hecho hincapié en la importancia que tiene las diferencias de género en una enfermedad con gran heterogeneidad en varias de sus características básicas. Según estos las diferencias de género en una enfermedad con tanta variabilidad “puede tener importantes implicaciones en el conocimiento de la patofisiología y etiología de la Esquizofrenia y en la práctica clínica” (Moldin, 2000).

Para ello hemos estudiado una muestra de 151 mujeres con Esquizofrenia que viven en la comunidad.

En el diseño se ha utilizado para la selección de la muestra el Registro acumulativo de Casos Psiquiátricos (RCP) de los Servicios de Salud Mental del sistema público de Salud de la Comunidad de Madrid, que incluye a pacientes tras un primer contacto. El Registro de Casos Psiquiátricos, es un sistema costoso del que solo disponen algunas comunidades autónomas. Al tratarse de una enfermedad de baja frecuencia, este es uno de los métodos principales para la detección de casos en los estudios epidemiológicos que investigan la esquizofrenia. Permite además identificar subgrupos de pacientes que abandonan el tratamiento o que utilizan menos los servicios, pacientes que no están bien representados en muestras clínicas transversales.

Se eligió este método de detección de casos para la investigación porque hay datos de que los pacientes con esquizofrenia en la comunidad tienen menor probabilidad que otras personas de responder a las encuestas o de aparecer en muestras de poblacionales si viven en recursos residenciales, específicos o generales como residencias de ancianos (Kessler et al,2005). Muchos pacientes graves probablemente no estén representados en estos estudios porque viven en contextos institucionales, o no responden a las encuestas.

Autores que han empleado este método de Registro de Casos (RC) en sus estudios son Castle et al. basado en el RC de Camberwell, Löffler et al. en el RC Danés, Häfner et al. en el RC de Mannheim, Ruggeri et al.en el RC de Verona, Woogh el RC de Ontario y Folnegovic en Croacia entre otros. Con respecto al uso de estos Stewart y Thornicroft et al. (2009) en su artículo afirman que los registros de casos han sido usados extensivamente en

investigación en salud mental, concluyendo que “el Case Register desarrollado en Londres (SLAM BCR), de tipo electrónico, representa una nueva generación en el diseño de investigación”. En nuestro país destaca Moreno Kütsner que emplea el RC de Esquizofrenia de Granada.

El diseño longitudinal retrospectivo nos ha permitido estudiar una muestra amplia de mujeres con esquizofrenia por un lado, y por otro revisar un periodo de tiempo muy amplio, de veinte años (del 1986 al 2006). La mayor parte de los estudios longitudinales publicados incluyen periodos de reevaluación mucho más cortos, generalmente inferiores a diez años. Además nos ha permitido estudiar y confirmar la estabilidad de los subtipos diagnósticos y la variabilidad diagnóstica.

El diseño de nuestra investigación garantiza que todas las pacientes de la muestra sufran una esquizofrenia, y reduce al máximo la posibilidad de que pacientes con esquizofrenia hayan sido excluidas. Autores como Häfner (1999,2003) y Salakongas (2003) estudian también retrospectivamente las diferencias de género en la edad de inicio de la enfermedad, el primero definida como primer contacto en una muestra total de 232 hombres y mujeres con esquizofrenia, y el segundo como edad de primera admisión en 3306 pacientes.

La atención a las personas con enfermedades mentales graves como la Esquizofrenia ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas, por lo que el largo periodo revisado en esta investigación permite también estudiar la evolución y la forma de intervención en las mujeres con esquizofrenia que pasaron del hospital psiquiátrico a la comunidad para ser atendidas por los Servicios de Salud Mental.

En los estudios longitudinales que incluyen a pacientes tras un primer contacto, existe la misma probabilidad de incluir a usuarios frecuentes y poco frecuentes de los servicios, por lo que ofrecen un conocimiento de la población de pacientes más real, y una perspectiva más equilibrada de los patrones de utilización de servicios y de las necesidades de lo que es posible cuando se extraen de muestras clínicas transversales (Mojtabai R, 2009).

Lindamer et al.(2003) realiza también un estudio longitudinal retrospectivo utilizando el sistema de información del Servicio público de Salud Mental de San Diego (MIS), durante el año fiscal 1999-2000 , analizando todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia , trast. esquizoafectivos o esquizofreniformes (DSM-IV).

El interés de la presente investigación radica, por una parte, en que se haya conseguido una *muestra amplia de mujeres con esquizofrenia* (n=151). En la mayor parte de estudios sobre esquizofrenia, incluso en los comparativos por género, el número de mujeres de las muestras es muy bajo, estando el de hombres sobrerrepresentado. Muchos autores consideran que la mujer no está bien representada en la investigación en esquizofrenia. Esta gran muestra de pacientes además nos permite tener un amplio número de mujeres con esquizofrenia en cada uno de los subgrupos para poder compararlos entre sí.

Por otra parte el que *se hayan incluido los casos perdidos de mujeres con Esquizofrenia*. Muchos estudios se han realizado con muestras de pacientes que se mantienen en tratamiento, sin incluir los casos perdidos (que abandonaron el tratamiento) ni estudiar las características de la enfermedad en estos. La llamada “*muerte muestral*”, que de no incluirse imprime sesgos en las características de la muestra que se mantiene en el estudio. Se ha postulado que el que sean pacientes que tienen una mayor adherencia al tratamiento, que necesitan un mayor control terapéutico por parte del equipo terapéutico, tendrían particularidades a nivel clínico, con un curso evolutivo diferencial no representativo del total del grupo.

El que sea una *muestra de pacientes mujeres en la comunidad*, cuyo proceso de selección se realizó a través de un Registro acumulativo de Casos Psiquiátricos (RCP), siendo *la población con intención de tratamiento (ITT intent-to-treat)* la *población de estudio*, y no una muestra hospitalaria, se aproxima más al conocimiento de la evolución real de la enfermedad. Es decir, aporta las ventajas de ser una muestra de pacientes ambulatorios, no estando restringida a pacientes hospitalizados, y por tanto más amplia (Moreno Küstner,2005; Usall,2000, 2002,2003).

Esta es una de las ventajas de esta investigación frente a los estudios realizados en muestras hospitalarias o sobre datos de primeros ingresos, que tienen la importante limitación de omitir los pacientes no hospitalizados que son tratados a nivel ambulatorio, cuentan con un alto número de casos con características clínicas que no son representativos de las personas con este trastorno en la comunidad, e incluyen pacientes con trastornos psicóticos y esquizofreniformes que no evolucionarán hacia una esquizofrenia (Goldstein JM, Tusuang MT,1990; Flor- Henry 1990;Lewine et al 1990; Nasrallah et al; Argemeyer et al 1990; Hambrecht et al.,1992; Castle et al.,1993; Häfner et al, 1994).

El hecho de que para investigar la esquizofrenia se estudien poblaciones en tratamiento en los servicios sanitarios, parte de la presunción de que casi todos los esquizofrénicos en las sociedades desarrolladas antes o después reciben atención médica especializada. En nuestro caso la intensa coordinación y contacto periódico con el primer nivel asistencial (Atención Primaria), y con los servicios sociales de los Ayuntamientos, hace que sean derivados a nuestro Centro todos los posibles casos detectados, lo que hace que casi la práctica totalidad de pacientes con Esquizofrenia de la población del distrito hayan sido atendidos en algún momento a lo largo de estos veinte años en los SSM.

Todos los resultados presentados se refieren a mujeres con esquizofrenia que han sido atendidas en los SSM de una zona geográfica concreta –el distrito de Alcobendas-, lo que ofrece cifras de *prevalencia tratada*.

Este diseño cuenta como puntos fuertes con el uso de un conjunto de datos de alta calidad de mujeres con esquizofrenia en la comunidad; el análisis de una muestra muy amplia de mujeres basada en la población total de pacientes ambulatorios; y un periodo de estudio muy largo.

El que realice un estudio del curso y evolución *a largo plazo* de estas pacientes, en algunos de los casos de más de treinta años, así como ver el abordaje y uso de los recursos empleados a lo largo de estos años, nos aporta datos de gran interés sobre las necesidades reales de las mujeres con esquizofrenia, con implicaciones en el tratamiento de estas pacientes y en los recursos asistenciales de los Servicios de Salud Mental.

En la presente investigación otros objetivos eran el estudio de la morbilidad diferencial de la esquizofrenia en la mujer, del desarrollo de la enfermedad, de los posibles factores de riesgo y protección diferentes del enfermar y el estudio de la evolución de la esquizofrenia en la mujer. El conocimiento de la edad de inicio y del curso de la esquizofrenia en la mujer es relevante para facilitar el proceso de toma de decisiones de los profesionales de la salud que deben atender a estas pacientes.

Además hemos comparado entre sí diferentes subgrupos de pacientes mujeres y realizado el estudio de factores que influyen sobre indicadores de gravedad y sobre el abandono del seguimiento en el Centro de Salud Mental.

Los resultados obtenidos además de caracterizar a las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia atendidas en los Servicios de Salud Mental de Alcobendas y determinar su perfil o perfiles, pueden servir como base para generar hipótesis sobre la causalidad de las asociaciones encontradas (Mortesen,1997; Moreno Küstner,2005).

Los datos obtenidos se contextualizan comparándolos con la población general de la CAM, los datos de otros estudios realizados con Registros acumulativos de casos psiquiátricos y publicaciones al respecto.

Las limitaciones son similares a las observadas en otros estudios realizados sobre registros. Dependen del buen funcionamiento y actualización de este, siendo una de las limitaciones mayores el bajo número de altas que se recogen.

El tipo de clasificación diagnóstica utilizada (la CIE-9), con diferencias en la definición del trastorno empleada con respecto al DSM, y el cambio de hábitos diagnósticos a lo largo del tiempo, dificulta la comparación entre muestras que cumplen criterios diagnósticos para Esquizofrenia, como señalan autores como Sharma T. et al, 2003. Incluso dentro de los estudios que usan la misma clasificación diagnóstica normalizada, como la CIE-9 que supuso alcanzar unos mayores niveles de consenso respecto a los previos (Warner R,1995), existe una amplia variabilidad entre ellos, algunos estudios restringen la inclusión a la categoría 295 (psicosis esquizofrénicas) al igual que en nuestro caso, otros incluyen trastornos de la categoría 297 (estados paranoides), y otros trastornos de la categoría 298 (psicosis no orgánica).

Los diagnósticos fueron realizados por psiquiatras clínicos según criterios CIE-9, es decir los pacientes tenían Dx clínico de esquizofrenia realizado tras el proceso de evaluación ambulatoria o ingreso hospitalario.

Con respecto a los datos, una dificultad para su obtención es la gran variedad de psiquiatras distintos que han realizado las historias clínicas, con historias muy voluminosas escritas a mano, algunas de ellas pocos legibles. El tipo de

historia clínica “abierta” en muchos casos, con una elaboración y recogida no sistemática, ha hecho muy laboriosa la búsqueda de algunos datos entre toda la información escrita en la historia. Esto prolongó el tiempo estimado en el diseño de la investigación para su realización, alargándose hasta junio del año 2008.

El que sea un estudio retrospectivo tiene la limitación de que algunos datos buscados no estaban recogidos en todas las historias.

## 7.2 COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA DE PACIENTES Y DESARROLLO DEL ESTUDIO

Se seleccionaron pacientes mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de Esquizofrenia según criterios diagnósticos normalizados CIE-9, que comprende los códigos de 295.0 a 295.9, al ser la clasificación diagnóstica empleada en el Registro de Casos Psiquiátricos (RCP) de la Comunidad de Madrid y el que actualmente sigue en vigor en nuestro sistema público de salud.

El *periodo de estudio* es de veinte años, *abarca desde 1986* -año en que se inició el RCP en la Comunidad de Madrid- *a junio del 2006*.

En el diseño del estudio se utilizó esta fecha de corte para garantizar al menos el tiempo de evolución mínimo requerido para el diagnóstico de Esquizofrenia según los criterios normalizados para los últimos posibles casos que fueron diagnosticados y registrados en el 2006. En estudios longitudinales y en ausencia de marcadores biológicos de esquizofrenia, es necesario que la clínica se mantenga durante el tiempo de evolución mínimo considerado según criterios diagnósticos estandarizados (Chen et al,1998; Schwartz et al,2000).

El diagnóstico de esquizofrenia es un diagnóstico clínico realizado en todos los casos por un psiquiatra (médico especialista en psiquiatría), y a lo largo de la evolución de la enfermedad se ha mantenido como diagnóstico principal. El diagnóstico realizado por el clínico inicialmente no se puede afirmar que tenga una validez incuestionable, ya que no se utilizan de forma rutinaria instrumentos o entrevistas diagnósticas estructuradas. Sin embargo el diseño longitudinal y el estudiar la evolución a lo largo de los años de las pacientes ha permitido incluir como caso solo aquellos en que se mantiene el diagnóstico de esquizofrenia en el tiempo como diagnóstico principal, y estudiar la variabilidad y estabilidad diagnóstica.

De un total de 534 diagnósticos de Esquizofrenia registrados en el RCP, 239 correspondían a mujeres, un 44.7%, frente a 295 varones (el 55.3%).

**TABLA 51** : DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA (295.0-295.9 CIE-9) SEGÚN SEXO. PERIODO 1986-2006. DISTRITO ALCOBENDAS

SEXO	N	%
VARONES	295	55.3%
MUJERES	239	44.7%
<b>TOTAL</b>	<b>534</b>	<b>100.0%</b>

La revisión manual de todas y cada una de las historias ha sido realizado únicamente por el investigador (una persona), lo que reduce al mínimo la variabilidad en la recogida de los datos inter-investigadores.

El trabajo de revisión manual de las 239 historias clínicas de *posibles casos* de mujeres con esquizofrenia se desarrolló en general, según lo previsto, cumpliéndose los tiempos. Únicamente hubo una pérdida de dos posibles casos, al no poder localizar dos pacientes que aparecían en el RCP con un nº de Historia asignado dentro del grupo diagnóstico estudiado, y no tenían Historia clínica en el archivo.

Esto podría deberse, o bien a su extravío o a estar mal archivada, o bien a que pese a no acudir a la primera entrevista de evaluación se le asignase por error nº de Historia al volante/caso en el registro administrativo, sin que se llegase a abrir la carpeta de historia clínica, lo cual se hace en el momento en que el paciente es valorada en su primera cita de evaluación\*.

Una vez revisadas la totalidad de las Historias clínicas *se confirmaron como casos 151 pacientes* mujeres con diagnóstico de Esquizofrenia, que habían consultado en los Servicios de Salud Mental de Alcobendas, continúen o no en tratamiento en el momento de la realización del estudio.

En algunos casos se hizo una segunda revisión de la historia clínica para confirmar la ausencia o rescatar algún dato que no constaba (aparecía “en blanco” en el cuestionario de recogida elaborado a tal fin), sin que se especificara explícitamente que no figuraba en la historia.

En cuanto al estudio de los pacientes que no siguen en tratamiento fue preciso también revisar las historias para conocer el motivo del alta, ya que en estos casos con frecuencia no se había introducido el código correspondiente en el RCP y en algunos casos (el mayor número abandonos de tratamiento) no estaba realizada ficha de alta por el profesional. Esto último tiene que ver con el margen de tiempo que se espera antes de considerar el alta en el sistema (alta administrativa).

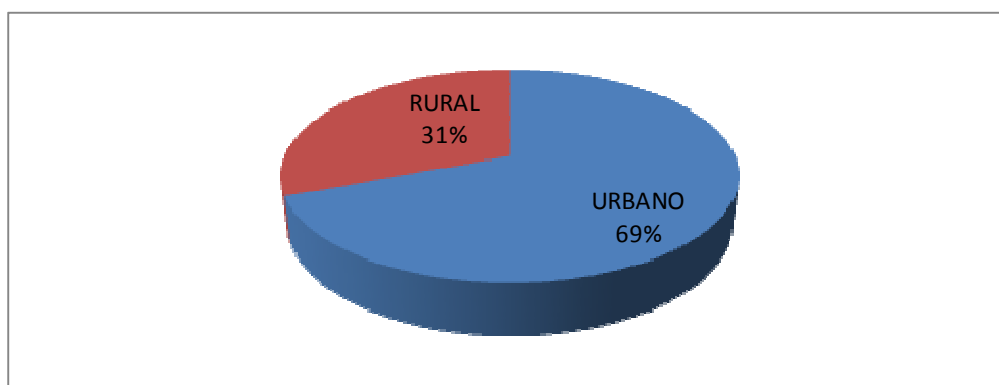
\* En el CSM de Alcobendas a los pacientes nuevos citados por primera vez en el Centro, si no acuden a esa primera entrevista no se les abre Hª clínica ni se les asigna número de historia.

### 7.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El *lugar de residencia* de la paciente es un dato importante para realizar comparaciones entre el medio rural y urbano.

Nuestra muestra se compone de un total de 151 mujeres con Esquizofrenia mayores de 18 años. De estas un 31,1% proceden de la zona rural atendida, y un 68,9 % de la zona urbana (Alcobendas y San Sebastián de los Reyes).

**GRÁFICO 56:** DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN PROCEDENCIA. MUJERES CON ESQUIZOFRENIA. DISTRITO ALCOBENDAS. PERIODO 1986-2006.



La población total del distrito mayor de 18 años es de 209.394 habitantes (datos del Padrón de 2005). Pero más que el número de habitantes censados, lo que realmente se corresponde con la población a atender son las Tarjetas Sanitarias Individualizadas (T.S.I.) de mayores de 18 años existentes, correspondiendo 140.216 a la zona urbana (el 66%), y 72.713 a la zona rural (el 34%).

La población rural del distrito supone por tanto casi 1/3 del total de la población a atender, siendo las mujeres con Esquizofrenia de la zona rural el 31.1% de la muestra, que corresponde a un porcentaje algo menor a un tercio del total, y el de pacientes procedentes de la zona urbana algo mayor (el 68.9%) en relación al porcentaje de población urbana del distrito. La diferencia proporcionalmente es pequeña, incluso menor de la esperada. Los estudios al respecto indican que la esquizofrenia es menos frecuente en las zonas rurales que en las ciudades. La incidencia de esquizofrenia tratada es mucho más alta en las áreas urbanas que en las rurales, aunque esto puede ser debido a que los habitantes de las zonas rurales tengan menos tendencia a buscar un tratamiento para su enfermedad (Eaton, 1988).

**TABLA 216:** DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y POBLACIÓN A ATENDER (Nº TSI) POR ZONA DE PROCEDENCIA

		CASOS		POBLACIÓN	
		Frecuencia	Porcentaje	Población > 18 a a atender (Nº TSI)	Porcentaje
Válidos	Urbano	104	68.9%	140.216	66%
	Rural	47	31.1%	72.713	34%
Total		151	100.0	212.929	100.0

Las edades oscilan entre los 24 y los 86 años, con una edad media de 53,2 años (IC95% 50,6 a 55,7) y una desviación típica de 15.7 años. La distribución por edades presenta dos picos de frecuencia, uno entre 37-40 años y otro entre 57 y 60 años, estando la mayor parte de casos entre los 38 y 64 años de edad.

La edad media de nuestra muestra es mayor que la de otros estudios, como el de Lewin en 2006, realizado en pacientes con Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo (DSM-III-R), en pacientes de servicios mentales públicos y privados de Georgia, que es de 33 ( $\pm 7.4$ ) años en las mujeres de su muestra (n=62 mujeres). En los dos únicos estudios de características similares realizados en España, el de Moreno Küstner et al. (2005) y el de Usall et al. (2000), encontramos en el primero, realizado en pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia del Área Granada Sur correspondientes a un periodo de dos años (1997-99), una media de edad en el grupo de mujeres de su cohorte (n=312 mujeres, criterios CIE-10) de 41.9 años. En el segundo realizado en cinco centros de Salud Mental de Barcelona, una edad media de 44 años en las mujeres con Esquizofrenia (n=86 mujeres, criterios DSM-IV).

Thornicroft et al. (2002) en estudio realizado en cinco poblaciones de Europa identificados mediante Registro de casos en Copenhague y Verona, encuentra que la edad media de las mujeres en su muestra (n=124 mujeres) es 45 años. En todos estos estudios la edad media de las mujeres era más elevada que la de los hombres (39 a en estudio de Thornicroft).

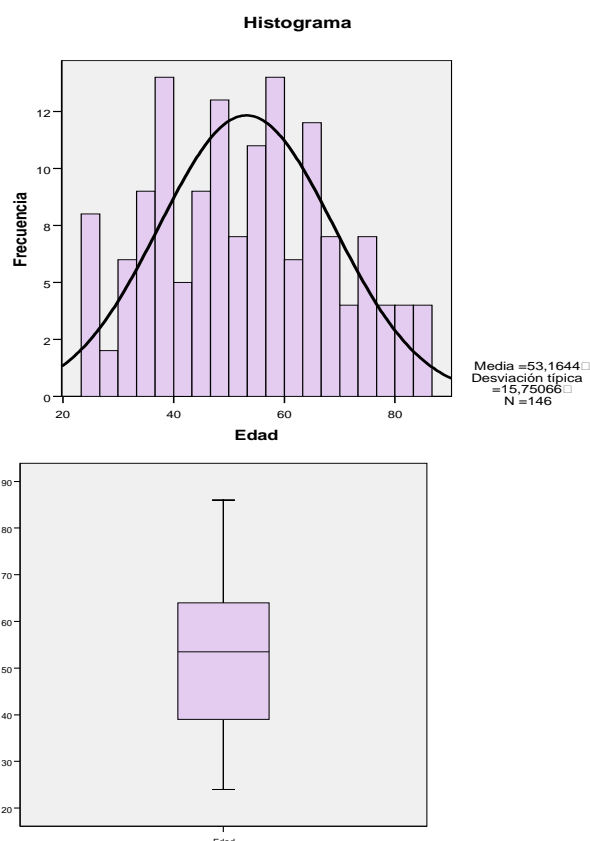
La esperanza de vida al nacer en la CAM es de 84,9 años en las mujeres. El Área de Salud (de la que forma parte el Distrito de Alcobendas) tiene una estructura de población muy semejante a la del conjunto de Madrid. La población de la amplia zona rural atendida, zona sierra norte de Madrid, se caracteriza por un alto grado de envejecimiento (Informe del Estado de Salud de la CAM. 2007. INE).

La edad de los pacientes es una variable que está determinada por los criterios de selección de la muestra. Cuando la muestra se compone de pacientes con una larga evolución de la enfermedad o historia de hospitalizaciones, la edad media es mayor que cuando se analizan solo pacientes con primeros brotes o primeros ingresos.



En nuestro caso se han estudiado todas las pacientes en contacto con los SSM, pacientes con intención de tratamiento, durante veinte años, lo que explica que la media de edad sea elevada, junto con la edad media más elevada del grupo de pacientes provenientes del H. psiquiátrico tras la desinstitucionalización, lo que explica también el amplio margen en que oscilan (los 24 y los 86 años).

**GRÁFICO 19:** DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD .



En cuanto a la *distribución por grupos de edad*, en el estudio realizado por Moreno Küstner et al. (2005), en pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia de Granada, correspondientes al periodo 1997-99, encuentran en el Área Granada Sur una proporción mayor de mujeres con esquizofrenia que de hombres en los grupos de 40-49 y mayores de 49 años, es decir a partir de los 39 años. Coincidiendo en esto con nuestros resultados en que la mayor parte de casos de mujeres con esquizofrenia se encuentran a partir de los 38 años de edad. Lo que indica que en los SSM hay más mujeres de mediana edad (mayores de 40 años) con esquizofrenia que consultan que mujeres jóvenes con esquizofrenia.

Casi la mitad del total de las pacientes de la muestra están solteras (48,3%), siendo el *estado civil* más frecuente. Un 33,1 % están casadas. Un alto número de mujeres con esquizofrenia 66.9% no tienen pareja (solteras, separadas o viudas). Sin embargo únicamente viven solas un pequeño porcentaje (7,9%) y en residencias o pisos tutelados un 9,3%.

**GRÁFICO 57:** DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN ESTADO CIVIL. MUJERES CON ESQUIZOFRENIA. DISTRITO ALCOBENDAS. PERIODO 1986-2006.



\*SIN PAREJA: Soltera, Viuda, Separada

En la población de la CAM la tasa bruta de nupcialidad según el INE en 2006 era de 4,7 matrimonios por mil habitantes, la edad media al matrimonio en mujeres era de 30,8 años (la edad media ha aumentado alrededor de 7 años tanto en mujeres como en hombres periodo 1980-2006).

Nuestros resultados son similares a los encontrados por Moreno Küstner et al. 2005, en pacientes incluidos en el Registro acumulativo de Casos de Esquizofrenia (RCE) en Granada Área Sur, en la distribución por sexo un 50% de las mujeres de su cohorte están solteras. Usall et al. (2000) encuentran en su estudio realizado en Barcelona, un 41% de mujeres con Esquizofrenia solteras y 37% de casadas.

Häfner et al. (1999,2003) encuentran en estudio ABC primeros episodios de esquizofrenia (n=124 mujeres) que un 52% de las mujeres con esquizofrenia están casadas o tienen pareja estable, frente al 28% de pacientes varones. Lindamer et al. (2003) en su estudio realizado en California, encuentra en las mujeres con esquizofrenia de su muestra (n=2038, DSM-IV) solo un 11.6% de casadas (este número es también muy superior al encontrado en los pacientes varones 5.5%, como ocurre en el resto de los estudios).

En el realizado por Lewine en 197 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y trastorno Esquizoafectivo (DSM-III-R), de los cuales 62 eran mujeres, encontró diferencias estadísticamente significativas con un porcentaje de 27.8% de mujeres casadas, divorciadas/separadas un 23.5% y 1.7% de viudas. El porcentaje de mujeres solteras /nunca casadas era de 47% (Lewine y cols. 2006).

Estas diferencias pueden ser explicadas por diferencias en nivel socio-cultural de las distintas poblaciones y en las expectativas en el rol social para las mujeres en estas, y la diferente proporción de mujeres amas de casa de las muestras.

Varios estudios demuestran que entre los factores predictores de un mejor curso del trastorno Esquizofrénico se encuentra el hecho de estar casado o de tener una pareja estable, así como el disfrutar de una estructura familiar cohesionada y de una red sólida de contactos sociales. Un bajo nivel de relaciones sociales y/o familiares se asocia con un riesgo incrementado de recaídas y un peor funcionamiento laboral y psicosocial del individuo (Jablensky A, 2003; Birchwood M, 2002).

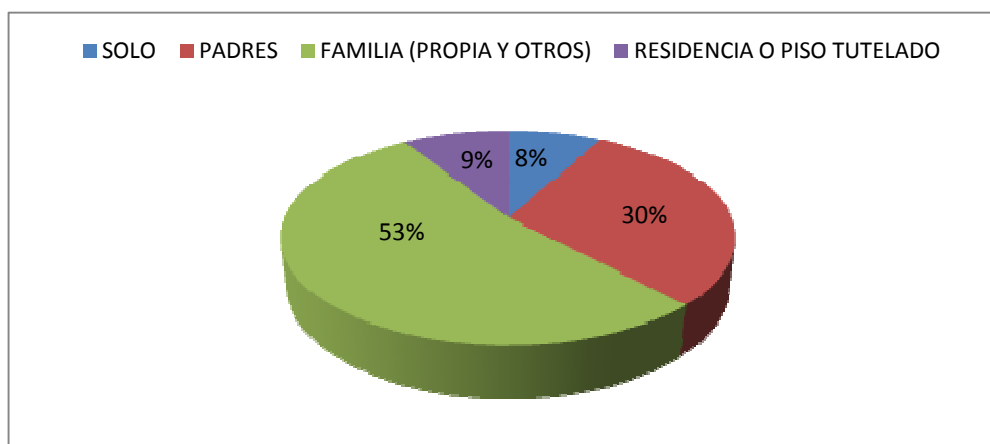
Por otra parte el que las mujeres que padecen esquizofrenia tengan una presentación más tardía de la enfermedad junto a un mejor curso de su proceso, les proporciona una mayor oportunidad para el desarrollo de un nivel superior de competencia y relaciones sociales que los hombres (Eaton,1985; Warner y Girolano,1995).

El *tipo de convivencia* es un tema de gran relevancia, una de las circunstancias que más preocupan tanto a los pacientes con esquizofrenia y sus familiares, como a los profesionales , al ser una de las necesidades menos cubiertas (Torres y cols,2002).

Encontramos que solo un 9.3% residen en residencias o pisos tutelados. Agrupando las que viven con su familia de origen y los que viven con otros familiares observamos que el cuidado de estas pacientes sigue recayendo mayoritariamente en las familias (82.8%). Destaca que un 7,9% viven solas, lo que supondrá la necesidad de recursos de apoyo por parte de los servicios sociosanitarios a medio plazo.

Dentro de las mujeres que conviven con familiares, un 32,5% lo hacen con familia propia (marido o con marido e hijos), y un 29,8% lo hacen con los padres, lo que implica que son cuidadoras, o bien de sus hijos y/o marido, lo serán en muchos casos de sus padres ancianos en un futuro.

**GRÁFICO 58:** DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN TIPO DE CONVIVENCIA. MUJERES CON ESQUIZOFRENIA. DISTRITO ALCOBENDAS. PERIODO 1986-2006.



En el estudio realizado por Moreno Küstner et al.(2005), en pacientes incluidos en el Registro acumulativo de Casos de Esquizofrenia en Área Sur de Granada, encuentran que un porcentaje menor –el 7,4% del total de pacientes- vive en recursos específicos (instituciones). En Mannheim (Alemania) la cifra de personas con esquizofrenia que viven en hogares protegidos asciende a un 36.4% (Hambrecht M, Häfner H.,1992).

En cuanto al porcentaje de mujeres con esquizofrenia viven con los familiares, en el estudio de Granada encuentran que un 37.4% con familia propia, frente al 32.5% en nuestro distrito , y un 41.4% con familia de origen frente al 29.8% que vive con los padres en nuestro distrito. Usall et al. (2000), encuentran en Barcelona que un 54.6% de mujeres con esquizofrenia viven de forma independiente (familia propia o solas).

Häfner et al. encuentra que un 33% viven con esposo o pareja, frente al 78% de mujeres del grupo control. Lindamer et al. (2003) encuentra en su estudio realizado en San Diego que un 62% de mujeres con esquizofrenia viven de forma independiente y un 16% en vivienda asistida y solo un 14% viven con familiares.

En cuanto al *nivel educativo*, el nº de pacientes analfabetas es del 8%, y las que tienen estudios primarios un 57,2%, muy por encima del porcentaje de mujeres de la CAM con estudios primarios que es del 29,9% (según datos de la Encuesta de Población Activa, INE, en la que no consta analfabetismo), lo que supone un nivel de escolaridad muy por debajo del general de las mujeres en la CAM, lo que puede explicarse por la elevada edad de las mujeres de la muestra y el nivel de escolarización menor de la población rural. Solo un 8% tiene estudios universitarios.

Moreno Küstner et al (2005) encuentran en las pacientes con esquizofrenia incluidas en el RCE de Granada un 7% de mujeres con esquizofrenia tienen estudios universitarios, y 74.9% de pacientes sin estudios o con estudios primarios , frente al 65.2% de mujeres en nuestro distrito (agrupando porcentaje de analfabetas y con estudios primarios).

Lewine encuentra en estudio realizado en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo (DSM-III-R) que las mujeres de su muestra tienen un número de años de escolarización media de 14 años (pacientes de servicios mentales públicos y privados de Georgia). Lindamer en pacientes del sistema público de salud de San Diego encuentra un 33.2% de mujeres con esquizofrenia no alcanzaron la escuela superior.

Respecto a la *situación laboral*, solo un 11,6% están trabajando y un 26% tiene incapacidad laboral (temporal solo el 2,6% y el resto permanente). Un 27% son jubiladas/pensionistas. Lo que quiere decir que hay al menos un 33% sin ningún tipo de ingreso propio (pacientes amas de casa + en paro), junto con tercera edad sin pensión, lo que supone un alto porcentaje de dependencia económica.

Un primer agrupamiento de las categorías nos permite observar que el 28.1% se encuentran en la categoría de activos (trabajando, IL Temporal o en paro), o sea estarían en disposición de trabajar. Por lo tanto, queda un 71.9% de mujeres en situación de inactivos (no trabajan fuera de casa, jubiladas o pensionistas).

En la población de la CAM el número de activos mujeres es sin embargo del 53.1%, y el número de parados mujeres por cada cien activos es de 7,7%, -frente al 72.5% y 6.1% en hombres respectivamente-. El trabajo en el sector servicios es mayoritario entre las mujeres. (Encuesta de Población Activa 2006 de la Comunidad de Madrid).

La cifra de mujeres con esquizofrenia encontrada por Usall et al. en Barcelona es de un 38.4% de pacientes mujeres en situación laboral activa; y de un 29.9% la encontrada por Moreno Küstner et al. (2005) en el Área Granada Sur. En estudio realizado por Hofer (2006) en pacientes con esquizofrenia procedentes de los SSM ambulatorios públicos de Innsbruck, encuentra que las mujeres estaban sin empleo significativamente más a menudo que los pacientes hombres.

El grupo mayoritario es el de amas de casa (44,4%), y las mujeres que trabajan fuera de casa lo hacen como trabajadoras no cualificadas en un 30,5% , con frecuencia en la limpieza, como empleada de hogar o en edificios. Sólo un 13% son trabajadoras cualificadas, y un 4,2% son profesionales independientes (grupo1).

Al observar el alto porcentaje de mujeres sin ingresos, estudiamos cuantas tienen el reconocimiento de minusvalía por su trastorno mental severo, requisito previo indispensable para poder tener acceso a ayuda económica propia.

El *reconocimiento de minusvalía* por su enfermedad mental (Certificado oficial de minusvalía de la Comunidad de Madrid) solo lo tiene un 21,2% del total de mujeres con esquizofrenia de nuestra muestra. El porcentaje es mayor (hasta el 64,7%) en el caso de las pacientes que tienen una Incapacidad Laboral Permanente (han estado incorporadas al mundo laboral). El porcentaje de Minusvalía reconocido en promedio es del 64 % (IC95% 58 a 70,5).

Encontramos que las mujeres con esquizofrenia que nunca han trabajado fuera de casa acceden y se benefician en mucho menor número de las ayudas y recursos que podrían tener por su discapacidad. Menos de una cuarta parte reciben ayudas sociales, bien porque dependen económicamente del marido (o de familiares) o porque no presentan un grado de deterioro tan marcado.

Las cifras encontradas por Usall et al. (2000) en su estudio es de un 61.6% de mujeres con esquizofrenia pensionistas, y únicamente la mitad reciben ayudas sociales (Ochoa et al.). Moreno Küstner et al. (2005) encuentran un 35.9% mujeres con esquizofrenia pensionistas en Granada Sur. En ambos casos porcentajes bastante inferiores a los que encuentran en pacientes varones.

Nuestros resultados no difieren en general de los obtenidos en trabajos realizados en contextos similares, respecto al *perfil sociodemográfico* de las pacientes con esquizofrenia que acuden a los Servicios de Salud Mental en nuestro país (Moreno Küstner et al, 2005; Usall et al,2000).

El amplio periodo estudiado corresponde, en la década de los ochenta al inicio del cierre de camas en los hospitales psiquiátricos y puesta en marcha de recursos de atención alternativos. Tenemos así **un perfil** que corresponde a una mujer mayor (más de 55 años), sin estudios o con estudios primarios, casada y con hijos, ama de casa, que vive con familiares, con un alto nivel de dependencia económica. Con una larga evolución de la enfermedad, de más de 25 años en muchos de los casos. Aquí estarían incluidas las pacientes institucionalizadas o con largos periodos de hospitalización.

Y **un nuevo perfil** de una mujer más joven, menor de 35 años, de procedencia urbana, soltera, que vive con los padres, con trabajo no cualificado y nivel educativo algo más alto (secundaria), fumadora, con consumo de tóxicos.

#### 7.4 RESULTADOS DE PREVALENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES

La investigación epidemiológica sobre la distribución de la Esquizofrenia, a pesar de su larga trayectoria, sigue suscitando un gran interés. Las tasas de prevalencia ofrecen una gran variabilidad de resultados, con una variación de 10 veces según las diferentes zonas de estudio (Torrey, 1987; Eaton, 1991). Los resultados del *International Study of Schizophrenia: ISOS*, auspiciado por la OMS y realizado por Jablensky y cols. (1992) con metodología estandarizada encontró una variabilidad de las tasa de entre 2 -3 veces (Goldner y cols. 2002).

Hoy existe consenso en considerar que esta variabilidad puede tener su explicación en las diferencias metodológicas, además de en las características y composición de las poblaciones estudiadas, como los índices de mortalidad, la emigración de las personas sanas y el retorno a sus lugares de origen de las que enferman en el extranjero, y el mejor pronóstico de la esquizofrenia en los países en desarrollo.

Otras diferencias en las tasas de prevalencia tiene que ver con la dicotomía rural –urbano. Autores como Scully y cols. (2004) encuentran diferencia en medio rural de Irlanda, otros como Torrey y cols. (2001) afirman que estas diferencias desaparecen cuando se ajustan las tasas por factores sociodemográficos.

La Prevalencia tratada total para la esquizofrenia y trastornos afines, en el Distrito de Alcobendas para el periodo estudiado, es de 1.95 por cada 1000 habitantes. Por sexos es de 1.87 en mujeres y 2.03 en hombres.

**TABLA 217:** INCIDENCIA PREVALENCIA

GRUPO DE DIAGNÓSTICOS	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
-Esquizofrenia y psicosis paranoides	0.58	0.76	0.67	<b>1.87</b>	2.03	1.95
-Psicosis Afectivas	0.45	0.23	0.34	<b>2.69</b>	1.49	2.09

Prevalencia: personas por cada mil habitantes atendidas en los servicios

Fuente: Base de datos Registro de Casos psiquiátrico (RCP). Oficina Regional de Salud Mental.

Si comparamos con datos de otros estudios realizados con metodología similar, como es el realizado en el Área Granada Sur (Moreno Küstner, 2005) estos encuentran gran variabilidad en las tasas estandarizadas para los cuatro distritos que componen su Área estudiada. Siendo muy similar a la nuestra la prevalencia tratada total que encuentran en el distrito Granada-Sur (1.85 ‰). Diferenciado por sexos *en mujeres* encuentran una tasa también muy similar en el distrito de la Alpujarra (1.86), con una tasa menor en las mujeres en el distrito Granada-Sur (1.02) y una tasa mayor en el distrito Costa (1.97).

**TABLA 218:** PREVALENCIA TRATADA DE LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES. AREA SALUD MENTAL GRANADA SUR. AÑO 1999. TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD Y SEXO POR 1000 HABITANTES

Distritos Sanitarios	Hombres		Mujeres		Total
	%o	95%IC	%o	95%IC	%o
Granada-Sur	2.79	(2.42-3.15)	<b>1.02</b>	(0.81-1.23)	1.85
Loja	3.50	(2.76-4.25)	<b>1.76</b>	(1.24-2.29)	2.64
Costa	4.47	(3.75-5.19)	<b>1.97</b>	(1.50-2.44)	3.18
Alpujarra	6.05	(4.73-7.37)	<b>1.86</b>	(1.14-2.58)	4.01

Fuente: "El Registro de Casos de Esquizofrenia de Granada". Monografía AEN. Moreno Küstner. 2005

Comparando nuestros datos con los datos de otros registros de casos psiquiátricos que funcionan en España, también para el diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines (CIE-9/10), es decir con aquellos sistemas de información que utilizan el mismo método de selección de la muestra. Estos presentan un rango que oscila entre 1.98 para Álava y 4.51 para Vizcaya.

**TABLA 219:** PREVALENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES. SEGÚN REGISTROS DE CASOS ESPAÑOLES . AÑO 1998. TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD 1000 HABITANTES

REGISTROS DE CASOS PSIQUIÁTRICOS	%o	95%IC
Álava	1.98	1.79-2.18
Asturias	2.16	2.06-2.25
Granada-Sur	2.40	2.23-2.57
Navarra*	2.70	-
La Rioja*	3.10	-
Guipúzcoa	3.22	3.08-3.39
Vizcaya	4.51	4.37-4.64

Extraída de “El Registro de Casos de Esquizofrenia de Granada”. Berta Moreno Küstner. AEN. Madrid 2005

\*En el caso de la Rioja y Navarra, se desconocía la población por grupos de edad por lo que no se pudieron calcular los intervalos de confianza.

En el estudio realizado por Usall et al. en los seis meses estudiados la prevalencia tratada de esquizofrenia fue de 0.28 %, la mitad aproximadamente de la encontrada en otros estudios, que los autores explican y relacionan con el volumen de pacientes que no están en tratamiento en Cataluña en su sector público (Usall et al. 2002).

A continuación vamos a comparar con los resultados de estudios internacionales considerados de mayor relevancia en el ámbito de la epidemiología psiquiátrica publicados a partir del 1990, y que arrojan tasas de prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines. Se realiza con los estudios que incluyen casos en contacto con los dispositivos de Salud Mental.

El estudio realizado por Woogh en un área de Ontario (2001), como fuente de información los servicios de salud mental (RCP), encuentra una tasa de prevalencia vida de 2.5 por mil hab. Tasas similares encuentran en dos zonas de Londres (Norwood y Nunhead) Maccreadie y cols.,1997 y en Nithsdale en Escocia, donde hallaron cifras de prevalencia de 2.2, de 3.4 y 2.7 por mil habitantes respectivamente.

Otros estudios incluyen las psicosis funcionales afectivas encontrando una prevalencia de 3.4 (Ruggeri y cols. 2000) en la zona de Verona Sur.

La *prevalencia tratada* de esquizofrenia en el distrito de Alcobendas se encuentra entre las más bajas, cuando se compara con aquellos estudios que utilizan como fuente el RCP y casos tratados por los S. de Salud Mental. Es similar a la de Álava (1.98 por mil hab.) y algo mayor que la del distrito Granada-sur (1.85 por mil hab). Esto podría deberse a que incluye solo el grupo diagnóstico 295 y 297, a diferencia de estudios similares pero que incluyen grupo Dx más amplio (F20-29,F31,F32.3 y F33.3) como es el estudio realizado en Verona, el rango mayor de edades ( > de 15 años ), o que se trate de tasas de prevalencia puntual como en el estudio de Bamrah y cols, 1991 en Salford (Inglaterra).



Otra explicación es que exista un número de casos que no han sido nunca atendidos por los servicios públicos de salud mental del distrito, es decir que no se están contabilizando las personas que no hayan estado en contacto con dichos Servicios. En Alcobendas existe una zona, Moraleja con 18.262 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) atendida por un único EAP, que representa solo el 6.8% del total de TSI del Distrito, de un alto nivel económico que estaría tratada en parte fuera del circuito público, en ámbito privado.

Según Häfner (1986) al ser la esquizofrenia una enfermedad de curso crónico, que requiere recursos de rehabilitación y hospitalarios, se espera que el 70% de los primeros brotes y casi todas las personas con Esquizofrenia contactarán con un Sº de psiquiatría a lo largo de su vida. Opinión compartida por F.Torres (2003) siempre y cuando el Sº tenga un aceptable grado de accesibilidad y de desarrollo.

Ver tabla Nº 8 Estudios epidemiológicos que presentan datos de Prevalencia de la Esquizofrenia y trastornos afines. Casos atendidos.

Los estudios que se realizan con informante clave, tanto de AP como de Servicios Sociales y todos los organismos que pueden ser visitados, encuentran cifras más altas de prevalencia, más cercana a la prevalencia real. Jablensky (2000) encuentra en 4 áreas urbanas de Australia una prevalencia puntual de 4.7 por mil hab. , para un periodo de un mes. Thornicroft (1998) encontró en dos distritos de Londres una prevalencia anual de 7.7 por mil. Una posible explicación a estas diferencias entre las tasas de prevalencia es que, los que presentan tasa más altas incluyen no solo diagnóstico de esquizofrenia, sino también psicosis afectivas o TB con síntomas psicóticos.

En general las tasas obtenidas con los datos de los registros de casos psiquiátricos -casos atendidos, prevalencia tratada- son más bajas que los estudios censales o los que utilizan informante clave, como ocurre en nuestro estudio. Como afirma Torres et al (2005) debe realizarse un esfuerzo para obtener tasas locales o, al menos, estimarlas a partir de estudios poblacionales cercanos a nuestro ámbito, para que los clínicos y gestores conozcamos de la forma más exacta posible la dimensión del problema.

## 7.5 VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA

Al ser un estudio longitudinal y retrospectivo nos ha permitido ver que porcentaje de pacientes con un diagnóstico inicial de “*primer episodio psicótico*”, “*psicosis aguda*”, “*psicosis breve*” y “*trastorno esquizofreniforme*”, evolucionaron en los años siguientes a otros diagnósticos , unos hacia trastornos de la esfera afectiva y el resto dentro del espectro esquizofrénico.

La CIE-9 define dentro de la Esquizofrenia nueve subtipos (295.0 a 295.9). Algunos de estos subtipos no se mantuvieron en el DSM-III y siguientes, o se conformaron como otra entidad diagnóstica diferente (caso del T. Esquizofreniforme\*\*).

El subtipo 295.4 “Episodio Esquizofrénico Agudo” incluye la psicosis esquizofreniforme. La “Esquizofrenia Latente”(295.5) incluye la Esquizofrenia marginal, la Esquizofrenia Seudoneurótica y la pseudopsicopática.

El subtipo 295.7 corresponde al tipo “Esquizoafectivo” (que incluye la llamada Esq. cíclica , Esq. mixta, y trastorno esquizofreniforme tipo afectivo).

El subtipo “Otras” 295.8 comprende la Esq. indiferenciada, Esq. atípica y Esq. cenestopática.

El trastorno esquizofreniforme (TE) en la CIE no tiene una categoría correspondiente aparte (como ocurre en el DSM), codificándose como 295.4 en la CIE-9 , y en la CIE-10 como “Otra esquizofrenia (F20.8)”.

En la CIE-10 el bloque que comprende la esquizofrenia (F20.0 a F20.9), se amplió con la introducción de nuevas categorías como la E. indiferenciada, y depresión postesquizofrénica . El trastorno Esquizotípico (F21) aunque no está claramente diferenciado de los trast. de personalidad esquizoides o paranoides y de la Esq. simple, el paciente nunca habrá reunido las pautas para un diagnóstico de Esquizofrenia.

Se ha analizado la variabilidad diagnóstica en el total de las 239 pacientes mujeres identificadas en el RCP con los códigos 295.0 a 295.9 en el periodo estudiado (1986-2006), configurándose tras la revisión sistemática de todas sus historias clínicas como dos grupos claramente definidos:

- 1- Uno formado por 86 pacientes que correspondían a mujeres con otros diagnósticos finales distintos al de Esquizofrenia.  
Todos estos trastornos cuyo diagnóstico inicial recogido en el RCP cambió en los años siguientes , o evolucionaron a otros trastornos , se consideraron como NO CASOS y fueron excluidos de la muestra de estudio de mujeres con Esquizofrenia.
- 2- Otro grupo formado por un total de 151 mujeres confirmadas como CASOS, con un diagnóstico de Esquizofrenia confirmado y mantenido .

Hemos estudiado la variabilidad diagnóstica en ambos grupos de mujeres , el de las 151 mujeres con esquizofrenia confirmados como CASOS incluidas en la muestra final de la investigación, y el de los considerados NO CASOS correspondientes a 86 mujeres cuyo diagnóstico inicial cambió en los años siguientes , o evolucionaron a otros trastornos diagnósticos finales .

*\*El subtipo diagnóstico final es el dx codificado que consta en la última entrevista de tratamiento al realizar el estudio.*

*\*\*El término “psicosis esquizofreniforme” fue introducido por primera vez por el psiquiatra noruego Gabriel Langfeldt en el año 1937, para referirse a un grupo de pacientes con un trastorno psicótico parecido a la Esq. pero con mejor pronóstico que esta, mejor adaptación premórbida y un inicio más agudo y relacionado con eventos traumáticos. El Trast. Esquizofreniforme se incorpora oficialmente a las clasificaciones diagnósticas internacionales en 1980 con la edición del DSM-III. Se diferenciaba de la Esq. por exigirse para su diagnóstico una duración inferior a seis meses. En el DSM-III-R se introduce el calificativo de “provisional”, que permite el diagnóstico de TE sin tener que esperar el paso de los seis meses y se definen los criterios de buen pronóstico (...con/ sin características de buen pronóstico). En el DSM-IV se acota la duración temporal entre 1 y 6 meses , y en la DSM-IV-TR no presenta modificaciones.*

**TABLA 220:** DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA SEGÚN R.C.P. (295.0-295.9 CIE-9). DISTRITO DE ALCOBENDAS. PERIODO 1986-2006.

TOTAL		Nº CASOS SIGUEN O NO EN TTO	PORCENTAJE
<b>239</b> MUJERES con Dx 295.0-295.9 en RCP	<b>NO CASOS</b> <b>86</b> (35,9%)	<i>No siguen en tratamiento</i> 72	83,72%
		<i>Siguen en tratamiento</i> 14	16,27%
	<b>CASOS</b> <b>151</b> (63,2%)	<i>No siguen en tratamiento</i> 79	52,3%
		<i>Siguen en tratamiento</i> 72	47,6%
	<b>No Datos</b> 2 (0,8%)		

- **7.4.1 Variabilidad diagnóstica de los NO CASOS**

De estas 86 pacientes mujeres, que forman el grupo de NO CASOS ,continúan en tratamiento en el CSM un 16.2% , y la mayor parte un 83.7%, como era de esperar no siguen en tratamiento, dada la evolución del trastorno al tratarse de episodios agudos únicos , reactivos , o puntuales dentro de otra patología de base orgánica o neurótica. En un caso el motivo es por fallecimiento (tumor hepático), no constando ningún suicidio. El resto no sigue tratamiento por abandono o alta clínica.

De estas, el 41,8% inicialmente diagnosticadas como “trastorno psicótico sin especificar”, habían evolucionado hacia un tipo específico de psicosis (para el que cumplía los criterios ICD-9) distinto de la esquizofrenia :

*T. Bipolar* en el 19.7% , *T. Delirante crónico (T. Paranoide, Parafrenia)* en el 4.6%, *T. psicóticos orgánicos (Enf. de Parkinson, Alzheimer, por tóxicos o alcohol)* en el 9.3% de las mujeres. En un 8.1% se había mantenido el diagnóstico inicial no evolucionando a una Esquizofrenia (“*epis. psicótico agudo*”, “*psicosis sin especificar*” o “*t. esquizotípico*”).

El 58.2% restante correspondían a otros diagnósticos (del grupo Neurosis, T. de personalidad, T. depresivos no especificados, estrés agudo, T. somatomorfos y T. de conducta), a códigos V, o no constan. Este alto porcentaje de casos diagnosticados en primeras entrevistas con códigos 295, y que su evolución a corto plazo hace que este primer juicio diagnóstico sea modificado por el profesional sin que se plasme en el RCP, evidencia déficits en la recodificación o actualización de los casos ya incluidos en el Registro.

Varios estudios señalan la estabilidad diagnóstica en los primeros episodios del diagnóstico de esquizofrenia (95%) o manía bipolar (85%), frente a la baja persistencia del diagnóstico de trastorno Esquizofreniforme (Iancu, 2002; Keshavan, 1999; Strakowsky, 1994; Benazzi, 1998; Chinchilla, 1996).

Aunque existen pocos estudios sobre el Trastorno Esquizofreniforme\* (en adelante TE), se estima que su prevalencia anual es del 0,1%, y la acumulada del 0,2%, representando un porcentaje inferior al 5% de todos los primeros episodios psicóticos.

Persisten dos debates abiertos, uno entorno a la consideración o no del TE como una entidad nosológica distinta, y el otro respecto del encuadre del trastorno en el espectro esquizofrénico o por el contrario dentro de los trastornos afectivos.

Desde que Strakowski en 1994 publicó un metaanálisis, en el que concluye que no existen suficientes evidencias para mantenerle TE como una entidad diagnóstica distinta, se han publicado dos estudios que reafirman la entidad propia del TE (Sautter, 1993; Zhang-Wong, 1995) y seis que cuestionan la validez del diagnóstico.

Destaca el estudio de Chinchilla y cols (Chinchilla, 1996), que en su muestra de 42 pacientes con TE (criterios DSM-III-R), tras un tiempo medio de cuatro años de evolución desde el Dx de TE, el 81% fueron rediagnosticados de esquizofrenia. El estudio de Iancu y cols (Iancu, 2002) encuentran que un 70% de los pacientes se rediagnosticaron dentro del espectro esquizofrénico.

Pérez Egea y colaboradores en Barcelona en 2002 (Escartí MJ; Ramos Quiroga JA; Corripio I; Pérez Blanco J; Alvarez Enrique 2002) realizan una revisión sobre la validez del TE como entidad diagnóstica aparte, en la que concluyen que aunque se mantiene la discrepancia hay una clara tendencia durante los últimos años a considerar que el TE no es una categoría nosológica independiente. Además realizaron un estudio prospectivo en el que encontraron que el diagnóstico de TE provisional según criterios DSM-IV presenta una baja estabilidad diagnóstica a los cinco años de evolución, ya que se mantiene únicamente en el 25,9% de los sujetos, evolucionando el 59,2% de los pacientes hacia un diagnóstico de esquizofrenia.

- **7.4.2 Variabilidad diagnóstica de los CASOS**

Las 151 mujeres con Esquizofrenia incluidas en el estudio presentan cambios en el diagnóstico inicial, subtipo de Esquizofrenia recogido en la Historia en el inicio o debut de la enfermedad, con relación al subtipo de Esquizofrenia final actual.

Los cambios en el diagnóstico se recogieron, al igual que las enfermedades psiquiátricas asociadas para realizar el estudio de la variabilidad y evolución diagnóstica.

Los subtipos de inicio predominante son el Paranoide (295.3) que representa el 57% de los casos y el Esquizoafectivo (295.7) en el 11,3%. En los subtipos diagnósticos finales un 24,5% corresponde al subtipo residual (295.6), siendo destacable el aumento en el número del subtipo Esquizoafectivo hasta el 13,9%.

TABLA 70 : DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR SUBTIPO DIAGNÓSTICO INICIAL Y FINAL DE ESQUIZOFRENIA (295.0-295.9 CIE-9). DISTRITO ALCOBEND

			Porcentaje Dx Inicial	Porcentaje Dx Final
Válidos	295.0	Esquizofrenia	3.3	2.0
	295.1	E. Hebefrénica	5.3	1.3
	295.2	E. Catatónica	2.0	2.0
	295.3	E. Paranoide	57.0	49.7
	295.4	Episodio esquizofrenico agudo	5.3	2.0
	295.5	E. Latente	.7	.7
	295.6	E. Residual	9.9	24.5
	295.7	Esquizoafectivo	11.3	13.9
	295.8	Otras	1.3	2.0
	295.9	Sin especificar	4.0	2.0
	<b>Total</b>		<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

En la mujer autores como Andia AM,1995 y Tamminga CA,1997, encontraron una mayor proporción de pacientes mujeres diagnosticadas de Esq. Paranoide. En nuestro país Usall et al. (2000) encuentran un 53.5% de mujeres con esquizofrenia de su muestra con subtipo Paranoide (frente a un 47,7% de pacientes varones) y en su estudio realizado en Barcelona.

A lo largo de la evolución , comparando los cambios en cada subtipo Dx, destacan el descenso del subtipo E. Hebefrénica y el aumento del Esquizoafectivo. El resto son esperables dentro del curso de la enfermedad (aumento del porcentaje de subtipo residual y descenso de subtipos Eps. Esquizofrénico agudo y sin especificar).

Dentro de nuestra muestra final de 151 mujeres con Esquizofrenia confirmadas como CASOS, se diferencian también dos subgrupos, el de aquellas pacientes que siguen en tratamiento y el de las que no continúan en tratamiento en el CSM.

En el subgrupo de pacientes que continúan en tratamiento destaca que un 47.2% a lo largo de todos los años de tratamiento han recibido dos diagnósticos diferentes o más, distintos del subtipo residual 295.6

Tres o más diagnósticos (distintos de 295.6) han recibido hasta una cuarta parte del total (un 25%) *siendo uno de ellos de TBP hasta en un 27% de estos casos. Con síntomas afectivos primarios (es decir siendo uno de los Dx recibidos de Trast. Esquizoafectivo o TBP) encontramos en un 44,3% de las mujeres con Esquizofrenia que siguen en tratamiento y han recibido tres o más diagnósticos*.

Es decir que cuando se realiza un seguimiento a lo largo de muchos años de las pacientes, el porcentaje de casos en los que a lo largo de su evolución, en algún periodo de su enfermedad se añaden síntomas compatibles con otro subtipo diferente de Esquizofrenia o incluso con otra psicosis no esquizofrénica, sobretodo síntomas afectivos (y que cumplen criterios diagnósticos CIE-9 para Trast. Esquizoafectivo o incluso TBP) es frecuente.

La presencia de síntomas afectivos en el contexto de un cuadro psicótico se han venido asociando tradicionalmente con un mejor pronóstico del mismo, sin embargo en el trastorno esquizofrénico son una causa habitual de reingresos, y de un incremento en el riesgo de suicidio de los pacientes que los presentan (Jablensky A, 2003). Estudios realizados por Goldstein JM, 1988 y Lewine 1981, apuntan hacia la presencia de más síntomas depresivos en mujeres que en hombres con Esquizofrenia.

Häfner ( 2003) encuentra que un 22% de las mujeres con esq. de su muestra (n=124) presentan depresión dentro de los diez signos iniciales de esq. más frecuentes (basada en preguntas cerradas entrevista IRAOS).

Esto está en la línea de los hallazgos realizados por diversos autores (Castle y Murray , 1991;Castle et al, 1995;Flor-Henry ,1990;Sham, Maclean & KendLer,1994) que consideran que las mujeres con Esquizofrenia tienden a tener más sintomatología afectiva y tienen incrementado el riesgo de morbilidad familiar de trastorno afectivo. Estos autores consideran la hipótesis de que las mujeres tienden a tener un subtipo de Esquizofrenia que está genéticamente relacionada con trastornos afectivos, lo que podría ayudar a explicar la edad inicio más tardía, curso más benigno, el mejor funcionamiento social e intelectual de las mujeres con Esquizofrenia y ausencia relativa de anormalidades cerebrales y complicaciones obstétricas.

Diferentes estudios longitudinales (Jablensky A, 2003) relacionan con una mejor respuesta al tratamiento y un mejor curso evolutivo los subtipos paranoide y catatónico. Siendo los subtipos hebefrénico y desorganizado los que se asocian con peor pronóstico, mientras que la E. indiferenciada presenta un pronóstico intermedio entre ambos grupos.

Moreno Küstner et al.(2005) en su estudio realizado en Granada Sur encuentran un 12.5 % de mujeres con trastorno esquizoafectivo, frente a un 4.5% en pacientes varones con este diagnóstico. Un menor porcentaje de mujeres con Esquizofrenia que varones ( 68% frente a 80%) , no analizan sin embargo los subtipos diagnósticos de la esquizofrenia por sexo.

## 7.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

### 7.5.1 *Edad de inicio de la Enfermedad*

En este estudio encontramos que la edad de inicio de la enfermedad , definida como edad inicio de los síntomas psicóticos (age at onset of gross psychotic symptoms), es en promedio a los 28,3 años (IC95% 26,5 a 30), con una mediana de 26 años, con edades comprendidas entre los 11 y los 58 años.

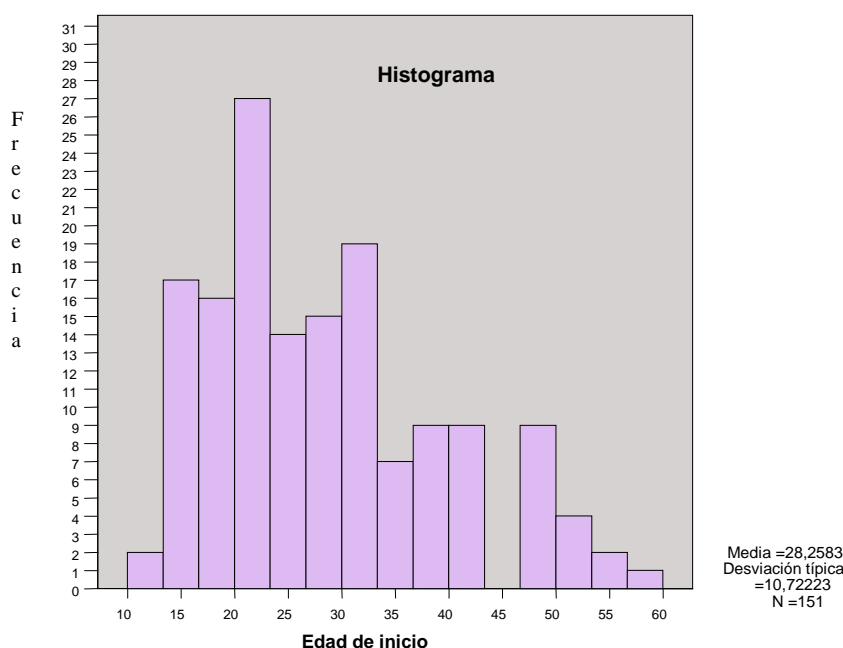
Nuestros resultados concuerdan con los encontrados por otros autores al respecto, de 26 años encontrada por Usall et al.(2000) en Barcelona, de 25-35 años en mujeres encontrada por Häfner et al.(1994) en estudio con evaluación retrospectiva del inicio de la enfermedad; y de 30,1 años encontrada por Hambrecht, 1992. Incluso con diferente definición operacional de “inicio de enfermedad” empleadas en las investigaciones la diferencia es notable y se mantiene en todos los casos, estando la edad de inicio en la mujer entre los 27,5 y los 32,4 años (estando entre los 24,3 y 28,5 en varones en estos mismos).

En los análisis con Registro de Casos de Dinamarca y Mannheim (Alemania), Riecher et al. en 1991 encontraron 4-5 años de diferencia en edad de primera hospitalización más temprana en varones. Resultados similares encontraron Faraone et al en 1994. Thornicroft et al. (2002) en estudio realizado en cinco poblaciones de Europa también encuentra una edad del primer contacto en las mujeres más elevada que la de los hombres ( 29 años en la mujer, frente a 26 en los hombres).

El comienzo más tardío de la Esquizofrenia en mujeres, con una diferencia de alrededor de 3 a 5 años en el inicio de la enfermedad en varones, es el hallazgo más replicado en los estudios sobre diferencias de género en la Esquizofrenia. Este hallazgo se ha mantenido en diversas culturas y utilizando diversos sistemas diagnósticos - con un rango de 5.1 a 0.3 años- , y confirmado por numerosos autores desde Kraepelin en 1909, pasando por Angermeyer & Kuhn en 1988, Jablensky en 1992 , Hambrecht et al. en 1992 que concluye que esta diferencia en función del género tiene una estabilidad transnacional, hasta Häfner et al. en 1990, 1992 y 1999.

Haciendo una distribución de la edad en intervalos de cinco años , encontramos que su distribución se ajusta a una curva Normal . Destaca un pico máximo de inicio de la enfermedad a los 20-23 años , y un aumento que se inicia a partir de los 36 años y se mantiene en forma de meseta hasta los 50 años de edad (en la perimenopausia). Se observa en el gráfico que entre los 43 y 47 años ninguna mujer de nuestra muestra inicia la enfermedad. No claramente bimodal, como describen los autores (Castle et al,1995; Häfner et al,1994; Castle & Murray,1993; Flor-Henry,1990;).

**GRÁFICO 26:** EDAD DE INICIO EN LA TOTALIDAD DE LA MUESTRA (n=151)



Analizando la edad de inicio de la esquizofrenia en la mujer **en función del diagnóstico final** encontramos interesantes diferencias entre los diferentes subtipos. Destaca la menor edad de inicio para los subtipos E. Hebefrénica (295.1) y E.Latente (295.5) a los 18 años de media, la E. Catatónica (295.2) a los 23 años, y el Episodio esquizofrénico agudo (295.4) a los 17 años; con una edad de inicio más tardía en los subtipos E.Paranoide (295.3) a los 29 años, y E.Esquizoafectivo (295.7) a los 29,3 años.

Estos hallazgos están en la línea de los autores que han encontrado que las no diferencias de género en la edad de inicio se da en los casos y subtipos con una alta carga genética (Albus and Maier, 1995; Kendler and Walsh, 1995; Könnecke et al.,2000). Para Nasser et al (2002) los diferentes resultados encontrados en algunos estudios podrían sugerir que se produzcan por subtipos de esquizofrenia.

Únicamente se aproximan a esta edad de inicio más tardía como es de esperar el subtipo E.Residual (295.6) y el codificado como 295.9 “E. sin especificar” que es de 34,6 años . Este último podría explicarlo la inclusión en esta categoría de cuadros psicóticos esquizofrénicos más heterogéneos, atípicos o

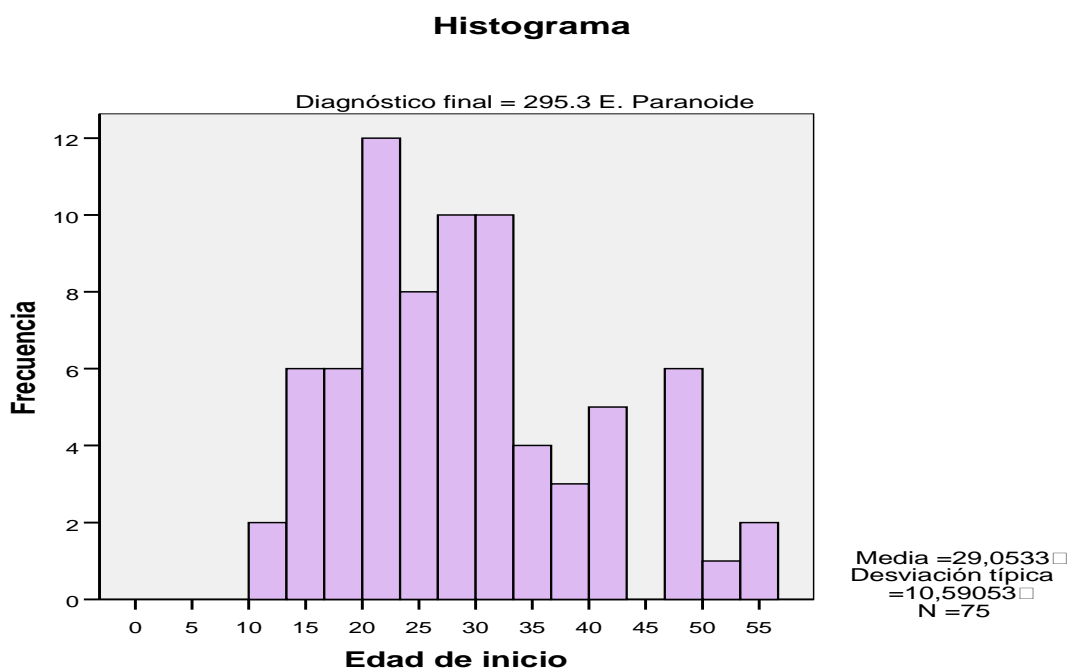


como vimos al analizar la variabilidad diagnóstica en un alto porcentaje síntomas afectivos primarios, estando incluidos en este casos Esquizoafectivos e incluso bipolares atípicos con síntomas paranoides, lo que explicaría la edad de inicio más próxima a estos.

Si observamos los gráficos (histogramas) en el subtipo diagnóstico E. Paranoide observamos, al igual que en el correspondiente al subtipo Esquizoafectivo (ambos los más frecuentes) y en el que incluye la totalidad de las pacientes, que ninguna paciente de nuestra muestra inicia la enfermedad de los 43 a los 47 años. El perfil de la muestra global es el resultado y está influido por el de estos dos subgrupos, y explicaría los diferentes hallazgos encontrados en distintos estudios en función del n° de casos incluidos de estos subtipos en el global de la muestra estudiada.

Encontramos que su distribución se ajusta a una curva Bimodal, con dos picos de aparición de la enfermedad en la mujer : Un máximo entre los 20-24 años , apareciendo un segundo pico en el intervalo 47-50 años , alrededor de la menopausia.

**GRÁFICO 28:** EDAD DE INICIO SUBTIPO E. PARANOIDE (n=75)



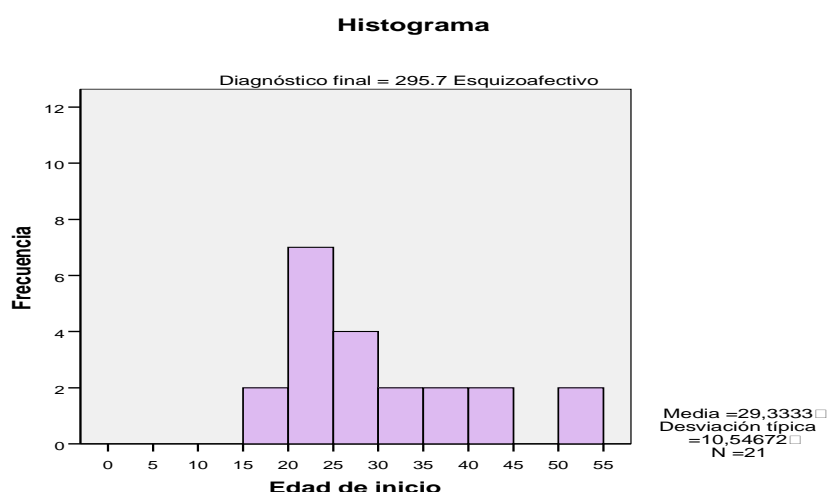
Este hallazgo coincide con el encontrado por otros autores (Castle et al,1995; Häfner et al,1994; Castle &Murray,1993; Flor-Henry,1990;). *Esta segunda y más importante diferencia de género es el significativo incremento en la incidencia de primera presentación de psicosis en mujeres de 45-49 años.* Se ha evidenciado que la mujer tiene un índice más bajo de desarrollo de la esquizofrenia que los hombres en la adolescencia, y tiene *un segundo pico de inicio* de la enfermedad durante la edad media alrededor de los 40 que está ausente en el hombre.

Muy pocas investigaciones estudian la edad de inicio de la enfermedad (AOI Age of onset of illness) analizando las diferencias de género *en las diferentes formas o subtipos de esquizofrenia*.

Por subgrupos diagnósticos Beratis et al.(1994) y Salakongas et al. en 2003 también encuentran diferencias en la edad de inicio solo en la Esquizofrenia Paranoide, sin que aparezcan en el resto de subtipos. En el subtipo desorganizado, indiferenciado y residual no encuentran diferencias significativas, teniendo tanto en hombres como en mujeres un inicio temprano. Castle encuentra importantes diferencias de género en AOI para los subtipos de inicio tardío, y pequeñas diferencias no significativas en subtipos inicio temprano.

Al estudiar el Histograma del otro subtipo más frecuente en nuestra muestra el Esquizoafectivo, y edad de comienzo también más tardío, encontramos un aumento en la década de los 20 años, y un efecto meseta (mantenimiento) durante el resto, de los 15-20 y décadas de los 30, 40 y 50 años .

**GRÁFICO 29:** EDAD DE INICIO SUBTIPO E. ESQUIZOAFECTIVO (n=21)



Nuestro hallazgo de encontrar diferencias en la edad de inicio, con un segundo pico alrededor de los 47-50 años, pero que difiere en los distintos subtipos de Esquizofrenia, siendo muy evidente en el subtipo Paranoide y con efecto meseta mantenido en el E. Esquizoafectivo, estaría en la línea de autores que consideran que las mujeres con Esquizofrenia tienden a tener más sintomatología afectiva y un incremento del riesgo de morbilidad familiar de trastorno afectivo.

Apoyaría la hipótesis de que las mujeres tienden a tener un subtipo de Esq. que está genéticamente relacionada con trastornos afectivos podría ayudar a explicar la edad de inicio más tardía , curso más benigno, mejor funcionamiento social e intelectual, y ausencia relativa de anomalías cerebrales y complicaciones obstétricas (Castle & Murray, Flor-Henry, Sham, Maclean & Kendler.).

## ESTUDIO DE LA EDAD DE INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

Hemos estudiado si la edad de inicio se relaciona de forma univariante con las siguientes variables sociodemográficas y clínicas :

- el estado civil
- situación laboral
- nivel educativo
- tipo de convivencia
- el número de partos y abortos
- la historia familiar de enfermedad mental
- Antecedentes obstétricos.

### 7.5.1.1- Edad de inicio y Estado civil

La edad media de inicio en las solteras es de 24 años (IC95% de 21.7 a 26.9), en las casadas de 30 años (IC95% de 26.8 a 33.6), de 31 años en las separadas (IC95% 26.7 a 36.6) y de 35 en las viudas (IC95% 30.1 a 40.4).

Encontramos que la edad media de inicio es significativamente menor en las mujeres que están *solteras* en el momento de la realización del estudio respecto a las casadas ( $p < 0,0001$ ), y viudas ( $p < 0,0001$ ) y de las separadas-divorciadas ( $p = 0,003$ ). Siendo la diferencia entre medias de 13 años menos en la edad de inicio en las solteras respecto a las mujeres viudas (IC95% 20.2 a 6.5 años menos).

La edad media de inicio de las *casadas* es significativamente mayor que las solteras como vimos, pero no difiere de forma significativa de las viudas ni de las separadas-divorciadas. Estando la diferencia entre las solteras (que no han llegado a tener pareja estable) y aquellas que están o han estado casadas (que han tenido pareja estable durante años).

Se evidencia una reducción de los índices de matrimonio en las mujeres que han tenido un comienzo temprano de la enfermedad.

### 7.5.1.2- Edad de inicio y Nivel educativo

La edad media de inicio es de 40 años en las mujeres analfabetas (IC95% 34.8 a 45.8), de 30 años en las mujeres con estudios primarios (IC95% 27.6 a 33) y de 26 años en las mujeres con bachiller y formación profesional (IC95% 22 a 30 en ambos).

Encontramos que la edad de inicio de la enfermedad es significativamente mayor en las mujeres *analfabetas*, respecto a todas las demás categorías de nivel educativo ( $p < 0,0001$ ). Siendo la diferencia entre medias de 13 años más en la edad de inicio respecto a las mujeres con bachiller y formación profesional (IC95% 5 a 22.7).

Las mujeres *universitarias* son las que presentan el inicio de la enfermedad a una edad más temprana (edad media de inicio de 19 años con un IC95% 13.9 a 24.3), pero solo es significativo respecto a las mujeres *analfabetas* ( $p < 0,0001$ ) y las mujeres con estudios primarios ( $p = 0,023$ ). Siendo la diferencia entre medias de 19 años menos en la edad de inicio respecto a las mujeres *analfabetas* (IC95% 29 a 9 años menos).

Las mujeres con *estudios primarios* tienen edad de inicio significativamente menor que las *analfabetas* ( $p < 0,0001$ ) y significativamente mayor que las mujeres con estudios universitarios ( $p = 0,023$ ). Las mujeres con estudios *bachiller* solo difieren significativamente en la edad de inicio respecto a las mujeres *analfabetas* ( $p < 0,0001$ ). Es decir a mayor nivel educativo encontramos una menor edad de inicio de la enfermedad.

Esto se explicaría por la mayor edad de las mujeres *analfabetas* (>de 65 años) que se corresponde, por un lado con el nivel educativo de la sociedad en su época y con una mayor procedencia de la zona rural (llamada “sierra pobre” de Madrid), nivel educativo que ha mejorado mucho en los últimos veinte años en la zona. Pero sobre todo con el consumo de tóxicos y el acceso a este a edades tempranas (*bachiller* y *universitarias*) y con la mayor edad de las mujeres con esquizofrenia de inicio tardío (>de 45 años) que tienen en general un nivel cultural más bajo.

#### 7.5.1.3- Edad de inicio y Ocupación

Observamos que la edad media de inicio de la enfermedad en las mujeres con ocupación como profesionales independiente/ liberales/ empresarios/ directivos (*grupo 1*), no difiere significativamente respecto a la edad de inicio de las restantes ocupaciones. Lo mismo ocurre con las mujeres con trabajo cualificado.

La edad media de inicio en las mujeres con *trabajo no cualificado* es significativamente menor (edad media de inicio de 26 años con un IC95% 23.6 a 29.9) que la edad de inicio de las *amas de casa* ( $p = 0,002$ ).

Las *amas de casa* inician significativamente más tarde la enfermedad (edad media de inicio de 33 años con un IC95% 30.4 a 36.3) respecto a las mujeres con trabajo no cualificado ( $p = 0,002$ ) y las estudiantes ( $p = 0,001$ ).

Las mujeres *estudiantes* inician la enfermedad significativamente antes (edad media de inicio de 15 años con un IC95% 11.9 a 22.8) que las *amas de casa* ( $p = 0,001$ ), pero la edad de inicio no difiere respecto a las restantes ocupaciones.

#### 7.5.1.4- Edad de inicio y Tipo de convivencia

Observamos que la edad de inicio es significativamente menor en las mujeres que *conviven con los padres* en la actualidad, respecto a todas las categorías excepto en comparación con las mujeres que viven solas.

La diferencia de medias de inicio de la enfermedad en las mujeres que conviven con los padres respecto a las que viven con familia propia es de 8.5 a 9 años menos (IC95% 15.3 a 2.7 años menos).

Los restantes tipos de convivencia no difieren significativamente en la edad de inicio de la enfermedad.

#### 7.5.1.5- Edad de inicio y Fertilidad

Estudiamos la fertilidad y la edad de inicio de la enfermedad en las mujeres con esquizofrenia, específicamente :

- a) Número de partos
- b) Mujeres nulíparas y con hijos y la edad de inicio
- c) Número de abortos

##### **a) Edad de inicio y número de partos**

Observamos que la edad de inicio de la enfermedad es mayor cuanto mayor es el número de partos, de forma que la edad de inicio aumenta 2,8 años (IC95% 1,5 a 3,98) por cada parto ( $p < 0,0001$ ). Esto concuerda con los resultados de otros autores que encuentran que cuanto más tarde se inicia la enfermedad mayor es el porcentaje de mujeres que tienen hijos y el número de estos.

##### **b) Mujeres nulíparas o con hijos y edad de inicio de la enfermedad**

La edad de inicio de la enfermedad en las mujeres con hijos es significativamente mayor que en las mujeres nulíparas ( $p < 0,0001$ ), con una diferencia promedio de 10,5 años (IC95% 6,9 a 14,1).

##### **c) Edad de inicio y número de abortos**

La relación entre la edad de inicio de la enfermedad y el número de abortos no resulta estadísticamente significativa.

#### 7.5.1.6- Edad de inicio y Antecedentes familiares de enfermedad mental

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la edad de inicio de la enfermedad de las pacientes con o sin antecedentes familiares de enfermedad mental.

#### 7.5.1.7- Edad de inicio y Antecedentes obstétricos (en nacimiento)

No observamos ninguna relación entre los antecedentes obstétricos y la edad de inicio de la enfermedad.

#### 7.5.2 *Edad del primer ingreso*

Del total de mujeres con Esquizofrenia (151), el 21,1% (32 pacientes) no han ingresado nunca.

En las mujeres que han sido ingresadas alguna vez (119), la edad en el primer ingreso constaba en 116 pacientes (97,5%). En promedio la edad era de 30,6 años en el primer ingreso (IC95% 28,7 a 32,5), con una mediana de 28,4 años, con edades que oscilan entre los 13,7 y los 56,5 años.

Nuestros resultados coinciden totalmente con los hallazgos de otros autores que estudian específicamente la edad de primeras hospitalizaciones por sexo (Kraepelin,1909; Angermeyer&Kuhn,1988; Häfner,1990; Szymanski,1995; SalaKongas,2003), que encuentran una edad en mujeres de entre 30-32 años

#### 7.5.3 *Forma de inicio de la Enfermedad*

El inicio de la enfermedad es mayoritariamente subagudo, en el 61,5% de las mujeres, con un comienzo agudo en el 38,5 %.

El inicio de la enfermedad se relaciona con drogas en el 91.4% de las pacientes en las que este dato queda registrado (85 casos). En 58 casos (38.4%) no se registra este dato en la historia clínica.

#### 7.5.4 *Tiempo de evolución de la Enfermedad*

En promedio el tiempo de evolución de la enfermedad es de 20,7 años (IC95% 18,7 a 22,7), con una mediana de 19,1 años, un valor mínimo de 0,49 años (seis meses) y máximo de 55,7 años.

Observamos una diferencia significativa ( $p=0,002$ ) en el tiempo de evolución hasta la última consulta en las mujeres que abandonan el tratamiento respecto a las que continúan en seguimiento en el SSM. Como era de esperar las pacientes que no continúan en tratamiento tienen *menor* tiempo de evolución que las que continúan en tratamiento, la diferencia media es de 6,2 años (IC95% 2,3 a 10). Es decir a menor evolución mayor abandono del tratamiento. Este dato es similar al referido por Usall et al. (2000) que en su estudio encuentran que los años de evolución en las mujeres era de 20 a, superior a la de los hombres (15 años).

## ESTUDIO DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

En cuanto a su relación con otras variables sociodemográficas y clínicas hemos estudiado si el tiempo de evolución de la enfermedad (tiempo medio de evolución en la última consulta en años) se relaciona de forma univariante con las siguientes variables :

- 1- el estado civil,
- 2- nivel educativo,
- 3- situación laboral/ocupación,
- 4- tipo de convivencia,
- 5- la fertilidad: número de partos y abortos,
- 6- la historia familiar de enfermedad mental,
- 7- los antecedentes obstétricos (en nacimiento).

### 7.5.4.1- Tiempo de evolución de la Enfermedad y Estado civil

Encontramos que el tiempo medio de evolución de la enfermedad no difiere significativamente entre las mujeres en función de su *estado civil*. En todos los estados civiles encontramos un tiempo medio similar , únicamente algo menor en las solteras.

Este es de 17 años en las mujeres con esquizofrenia solteras (IC95% 13.7 a 21.1), de 22 años en las casadas (IC95% 17.2 a 26.9), de 20 años en las separadas-divorciadas (IC95% 13.7 a 27.7) y de 26 años en las pacientes viudas (IC95% 18.8 a 33.5).

### 7.5.4.2- Tiempo de evolución de la Enfermedad y Nivel educativo

Encontramos que el tiempo medio de evolución solamente es significativamente mayor en las mujeres analfabetas respecto a las mujeres con estudios de bachiller ( $p=0,011$ ), siendo la diferencia entre medias entre las dos de 15 años (IC95% 2.2 a 28.3). Las pacientes analfabetas corresponden a mujeres de edad mucho más avanzada, de aquí el mayor nº de años de evolución. Las restantes categorías no difieren entre ellas en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad.

### 7.5.4.3- Tiempo de evolución de la Enfermedad y Ocupación

Solo encontramos diferencias significativas en el tiempo de evolución de la enfermedad entre las mujeres amas de casa, con un tiempo de evolución de la enfermedad significativamente mayor que las mujeres con trabajo cualificado ( $p=0,002$ ), no cualificado ( $p= 0,025$ ) y estudiantes ( $p=0,018$ ).

Siendo la diferencia entre medias en las amas de casa de 11 años (IC95% 2.9 a 20.1) respecto a las trabajadoras cualificadas, de 7 años (IC95% 0.5 a 13.9) respecto de las trabajadoras no cualificadas, y de 17 años (IC95% 1.8 a 32.4) respecto de las estudiantes.

Vemos que a mayor número de años de evolución menor cualificación profesional. Las amas de casa corresponden en general a mujeres de mayor edad de aquí el mayor nº de años de evolución de la enfermedad, y las estudiantes a pacientes más jóvenes. Las profesionales independientes, que tienen un tiempo medio de evolución de la enfermedad alto, de 21 años (IC95% 12.2 a 31.4), sin embargo no corresponden a una alta cualificación profesional, al tratarse de mujeres que tienen o colaboran en negocio familiar, son comerciales, o se dedican a la venta inmobiliaria; excepcionalmente se trata de profesionales liberales con formación universitaria pero en estos casos no suelen trabajar en su profesión.

#### 7.5.4.4- Tiempo de evolución de la Enfermedad y Convivencia

Observamos que el tiempo de evolución de la enfermedad en las pacientes que conviven con sus padres es significativamente menor que las que conviven con otros ( $p=0,002$ ), con el cónyuge ( $p=0,011$ ) y con el cónyuge con hijos ( $p=0,002$ ), pero no difiere en el tiempo de evolución respecto a las pacientes que viven solas. No observamos diferencias significativas entre los restantes grupos de convivencia.

Siendo la diferencia entre medias en el tiempo de evolución de la esquizofrenia de las pacientes que conviven con los padres de 12 años menos respecto de las que lo hacen con cónyuge e hijos (IC95% 21 a 3.1 años menos)

#### 7.5.4.5- Tiempo de evolución de la Enfermedad y Fertilidad

Uno de los puntos de mayor interés es ver si existe relación estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad en las mujeres con Esquizofrenia y la fertilidad. Incluimos en ello el estudio del número de partos y del número de abortos.

Realizamos además su análisis agrupando a las pacientes para comparar así a las pacientes con y sin hijos (pacientes nulíparas).

Estudiamos :

- a) El tiempo de evolución de la enfermedad y número de partos
- b) Mujeres nulíparas o con hijos y tiempo de evolución de la enfermedad
- c) El tiempo de evolución de la enfermedad y número de abortos

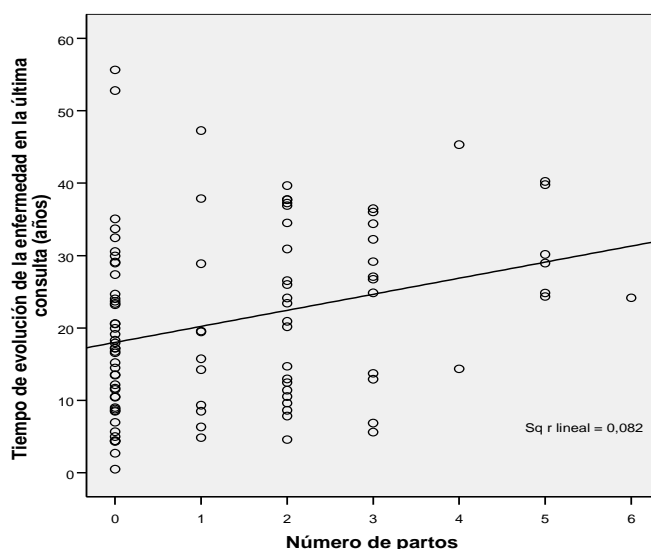


### a) Relación con número de partos

Observamos que el tiempo de evolución de la enfermedad es mayor a mayor número de partos, de forma que el tiempo de evolución aumenta 2,2 años (IC95% 0,7 a 3,7) por cada parto ( $p < 0,0001$ ).

Existe una relación lineal, de manera que a mayor es el número de años de evolución de la esquizofrenia encontramos que las mujeres tienen mayor número de hijos.

GRÁFICO : RELACIÓN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA CON Nº DE PARTOS



### b) Relación con tener o no hijos (nulípara)

Del total de la muestra un 30,5% son nulíparas (46 mujeres) y un 69,5% de mujeres con esquizofrenia tienen hijos (54 mujeres).

El tiempo de evolución de la enfermedad en las mujeres con hijos es significativamente mayor que en las mujeres nulíparas ( $p = 0,037$ ), con una diferencia promedio de 5 años (IC95% 0,3 a 9,8).

### c) Relación con número de abortos

La relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el número de abortos no resulta estadísticamente significativa.

#### 7.5.4.6- Tiempo de evolución de la Enfermedad e historia familiar de enf. mental

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de evolución de la enfermedad de las pacientes con o sin antecedentes familiares de enfermedad mental.

#### 7.5.4.7- Tiempo de evolución de la Enfermedad y existencia de antecedentes obstétricos

De los 48 casos en que se recogen en la historia si tienen o no antecedentes obstétricos, encontramos que solo 10 mujeres los tienen, con un tiempo medio de evolución de 12.7 años. En los 38 que no los tienen, el tiempo medio de evolución es de 21.3 años.

Encontramos diferencias no significativas, aunque con un valor de p muy cercano a la resultados significativos ( $p=0,051$ ), siendo mayor el tiempo de evolución en las mujeres sin antecedentes obstétricos.

**Con respecto a la evolución y curso de la esquizofrenia en la mujer**, algunos estudios han señalado que las mujeres con Esquizofrenia muestran, en general, una mayor capacidad de recuperación respecto a los hombres (Buchanan RW, 1994; Sajatovic, 2005).

El que las mujeres esquizofrénicas tengan una mejor evolución de su proceso puede ser debido a factores biológicos tales como el efecto antidopaminérgico de los estrógenos, la menor lateralidad cerebral de la mujer o el menor índice de complicaciones perinatales en las niñas (Seeman, 1982), a factores sociales, como un menor estrés laboral (Warner, 1985); o, a la más tardía presentación de la enfermedad en las mujeres (Lewine, 1981).

Sajatovic (2005) encuentra que la mejor evolución se manifiesta por diferencias en el uso de los recursos sanitarios y en la recuperación, con mejor curso del tratamiento hospitalario y menor frecuencia de recaídas tras la hospitalización.

Warner (1995) recoge que esta presentación más tardía proporciona una oportunidad para el desarrollo de un nivel superior de competencia social premórbida y es un buen predictor de una buena resolución en la esquizofrenia (Phillips, 1953; Stephens et al., 1966; Marder et al. 1979). Datos proporcionados por cuatro estudios sobre registros de casos psiquiátricos en Australia, Dinamarca, Reino Unido y EEUU (Eaton et al. 1992) sugieren que las diferencias sexuales en el curso de la esquizofrenia pueden ser explicadas por la más precoz presentación en el hombre en cada una de las cuatro regiones.

Autores como Green apuntan una relación entre algunas medidas neurocognitivas y las medidas de autonomía funcional. (Green MF, 1996). Addington y su equipo ha propuesto que el rendimiento cognitivo guarda relación no solo con los síntomas clínicos, sino que además actúa como predictor del nivel funcional y social del paciente a medio plazo (Addington J, 2000).

H. Häfner afirma que el inicio, la sintomatología y el curso de la esquizofrenia está determinado por la interacción entre variables biológicas, factores neurohormonales, determinantes sociales y conductas derivadas de la edad y rol de género.

### **7.5.5 Número de ingresos y de recaídas en tratamiento ambulatorio. Ingresos involuntarios**

En las pacientes que fueron ingresadas alguna vez (119) el número medio de ingresos es de 3,9 (IC95% 3,3 a 4,5) con una mediana de 3 ingresos. El número de ingresos varía entre 0 y un máximo de 21 en uno de los casos en el periodo de tiempo revisado.

Los ingresos involuntarios representan un 66,3% en las pacientes que fueron ingresadas alguna vez. El dato no consta en un 20,2% de estas pacientes .

El número de mujeres con esquizofrenia que presentaron recaídas que recibieron tratamiento a nivel ambulatorio es de 85 pacientes .En estos casos el promedio es de 3,2 recaídas (IC95% 2,6 a 3,9), con una mediana de 2 recaídas, entre 1 y 20 recaídas en uno de los casos.

Datos proporcionados por cuatro estudios sobre registros de casos psiquiátricos en Australia, Dinamarca, Reino Unido y EEUU (Eaton et al.1992) sugieren que las diferencias sexuales en el curso de la esquizofrenia pueden ser explicadas por la más precoz presentación en el hombre en cada una de las cuatro regiones. La presentación más precoz se asoció con un mayor riesgo de readmisión hospitalaria. Cuando se tuvo en cuenta la edad de presentación, ni el sexo ni el estado matrimonial tuvieron efectos significativos sobre el riesgo de hospitalización.

### **7.5.6 Episodios de agresividad física. Intentos de suicidio**

El 27,4% de las mujeres han presentado algún episodio de agresividad física (heteroagresividad) del que hay constancia en la historia clínica.

El 25,2% de las mujeres con esquizofrenia han realizado al menos un intento de suicidio. En cuanto al *número de intentos de suicidio* que requirieron ingreso hospitalario en la CAM, por diagnósticos el mayor porcentaje corresponde a Psicosis (el 32,5%).

En la población general española, según datos judiciales del año 2006 elaborados por el Instituto Nacional de Estadística, del total de personas víctimas de violencia el porcentaje de mujeres fue de un 57,5%. Del total de víctimas de delitos el 88,7% fueron mujeres en los delitos de tipo sexual, y el 74,2% en delitos contra las personas. Siendo casi la totalidad mujeres de las personas que sufren delitos de abuso, acoso y agresión sexual.

Es de destacar que con mayor frecuencia las mujeres con psicosis son víctimas de agresiones y no agresoras. Hodgins, 1992 indica que estas sufren actos violentos 27 veces más que las mujeres sin psicosis. El incremento para los hombres es de cuatro veces más.

Thornicroft et al. (2002) en estudio realizado en cinco poblaciones de Europa encuentra que las mujeres con esquizofrenia tienen más episodios de daño así mismas (16% en mujeres frente 9% en hombres) y los varones de daño a otros (2% en mujeres frente a 8% en varones).

### **7.5.7 Problemas Judiciales. Incapacitación Legal**

El 13% de las mujeres (16 casos) ha estado implicada en algún problema judicial de cualquier tipo. Considerando como tal cualquier proceso judicial abierto (por agresiones, hurtos, orden de alejamiento etc).

Solo un 6% de las mujeres con esquizofrenia están incapacitadas civilmente.

Los datos judiciales para la población española en el 2006 elaborados por el Instituto Nacional de Estadística, del total de las personas condenadas solo 11.288 eran mujeres (más del 91% son varones). El porcentaje de mujeres en la distribución por edades está próximo al 8% en todos los grupos de edad.

Por tipo de delito se observan grandes diferencias entre ambos sexos. Solo un 6,3% de los homicidios son cometidos por mujeres y un 8,2% de los delitos de lesiones. En los delitos dentro de las relaciones familiares solo el 4,8% de los condenados son mujeres.

### **7.5.8 Consumo de tóxicos y tabaco**

En relación con el consumo de alcohol tienen antecedentes un 17.3% y consumen actualmente un 14.3%. Antecedentes de consumo de otras drogas tienen un 14.3% de las mujeres con esquizofrenia, frente a un 9.7% que mantiene consumo actual.

En cuanto al tabaco un 31.5% de las mujeres con esquizofrenia fuman, y prácticamente el mismo número (29.8%) tienen antecedentes de haber fumado.

En población general española la tasa de fumadores diarios es en las mujeres de 21.5% en 2006 (frente a 31.5% en varones), habiendo aumentado este porcentaje en los últimos diez años entre las mujeres, al contrario que en los varones en los que ha disminuido su prevalencia. La tasa de mujeres que nunca fumado es del 62,9%. La relación entre mujeres y varones que fuman es de 6/10. En cuanto al consumo excesivo de alcohol las tasas de consumo en las mujeres es de un 41,8 % (menos de la mitad que los varones con un 70,2% ), siendo las edades a las que más consumen de 25 a 44 años, con un descenso muy pronunciado a partir de los 64 años.

Según un meta-análisis reciente un 62% de pacientes con Esquizofrenia fuma, y muchos de ellos usan drogas y alcohol (De León y Díaz 2005). Davidson et al,(2001) encuentran que el 61,9% fuman, y un 25,2% tienen un consumo moderado de alcohol, y consumo excesivo un 11,5%.

Lindamer et al. (2003) en su estudio encuentra abuso de sustancias en un 18.3% de mujeres con esquizofrenia – y un 30.6% en varones- en el sistema público de salud mental de San Diego.

### 7.5.9 Antecedentes Obstétricos

Presentan antecedentes obstétricos en el momento de su nacimiento un 20,8% (10 mujeres) de las pacientes. Es de destacar que este dato no fue recogido en un elevado porcentaje de casos (68,2%).

Autores como Foerster,1991; O'Callaghan,1992; Owen, 1998; Pearlson,1985; Wilcox and Nasrallah,1987 y Moldin encuentran que la historia de injurias pre o perinatales son más frecuentes en varones que en mujeres con esquizofrenia. Kirov et al.1996 y O'Callaghan et al 1992 a su vez encuentran diferencias en los varones de madres que sufrieron complicaciones presentaban una edad de inicio significativamente más temprana que en varones de madres que no las tuvieron.

Por otra parte los pacientes con antecedentes personales de complicaciones obstétricas tienen una probabilidad casi cuatro veces menor de responder al tratamiento antipsicótico (Lieberman JA, 2003). Para este autor pueden reflejar una alteración neurobiológica que contribuye a la mayor o menor gravedad de la enfermedad del paciente, ya sea de forma independiente o sumándose a otros factores, como los genéticos. Otros autores sin embargo no aceptan una asociación entre las complicaciones obstétricas y el pronóstico de la Esquizofrenia.

### 7.5.10 Antecedentes familiares de enfermedad mental

Encontramos que el 66.7% de las pacientes tienen antecedentes familiares de primero o segundo grado de enfermedad mental.

Más de la mitad de las mujeres con esquizofrenia un 56,6% tienen antecedentes familiares **de primer grado** de enfermedad mental.

Encontramos que un 11.3% tienen antecedentes de Esquizofrenia en algún familiar de primer grado, de trastornos afectivos (TBP o depresión) en el 20.7% de las mujeres , y de un trastorno mental no diferenciado en un 36.7% de las mujeres con Esquizofrenia.

Se encuentra que una cuarta parte, un 25.5% de las pacientes, tienen antecedentes familiares **de segundo grado** de enfermedad mental.

Encontramos que un 3.9% tienen antecedentes de Esquizofrenia en algún familiar de segundo grado, de trastornos afectivos (TBP o depresión) en el 4.9% de las mujeres , y de un trastorno mental no diferenciado en un 14.7% de las mujeres con Esquizofrenia.

Destacando los antecedentes de Trastornos afectivos (TBP o depresión) que son de un 20,7% en familiares de primer grado , y de un 4,9 % en los de segundo grado.

Tienen antecedentes de algún suicidio en la familia 8 casos (5,3%).

La importancia de estos antecedentes familiares ha sido señalada por diversos autores (Kendler KS., Mc Guire M.,1993; Verdoux H,1995; Van Os J.,1995) que encuentran que la historia familiar de Esquizofrenia se correlaciona con un peor pronóstico en aquellos individuos que padecen un trastorno psicótico, mientras que antecedentes en familiares de primer grado de psicosis afectiva conlleva en teoría un mejor pronóstico a medio y largo plazo, incluso para aquellos pacientes con un diagnóstico último de Esquizofrenia.

Verdoux y cols, (1995) encuentran que *la carga familiar de Esquizofrenia* predice una mayor probabilidad de aparición de síntomas negativos persistentes, y un peor pronóstico general ( mayor tiempo de hospitalización, menor capacidad de recuperación y peor rendimiento en habilidades sociales), comparada con una carga familiar de psicosis afectivas. La agrupación familiar en forma de psicosis afectivas no se vincula necesariamente a un pronóstico concreto, ni positivo ni negativo.

#### **7.5.11 Historia ginecológica. Fecundidad**

Destaca el bajo número de casos en que se recoge en la anamnesis datos ginecológicos importantes. La edad de la menarquía solo se recoge en el 10,6% y la de la menopausia en el 5,3%. El número total de partos no se recoge explícitamente en el 33,8%, y el de abortos en el 79,5%. En el 76,8% no constan los antecedentes de patología o intervención quirúrgica ginecológica.

En cuanto al número de partos solo un 30,5% son nulíparas (46 mujeres). Destaca que un 69.5% de mujeres con esquizofrenia tienen hijos. Esta cifra está por encima de la encontrada por otros autores (Hearle et al., y McGrath et al) que encuentran que el 59% de mujeres con psicosis fueron madres .

En promedio el número partos es de 2,5 (IC95% 2,2 a 2,9), con una mediana de 2, un mínimo de 1 y máximo de 6. Muy por encima del número medio de hijos por mujer en 2005 de la media madrileña que es de 1,31 y del Área 5 que es incluso algo menor que la media madrileña (1,30) .

El indicador de fecundidad (nº medio de hijos por mujer en edad fértil de 15 a 49 años) en España en el 2006 fue de 1,37.

El número de abortos oscila entre 0 y 3, y se identifica el dato en 31 pacientes, un 20,5% del total de mujeres con esquizofrenia han tenido algún aborto. De las que han tenido abortos el 16.1% han tenido dos o más abortos.

La tasas de interrupción voluntaria del embarazo en España (nº de abortos por mil mujeres de 15 a 49 años) fue de 9.0 en el año 2006. La edad que presenta una tasa más elevada es el grupo de 20 a 24 años, y el mayor incremento entre las solteras y divorciadas.

Las mujeres con esquizofrenia más frecuentemente que los hombres tienen descendencia y viven con un miembro del sexo opuesto (Test et al.,1990). Tienden a tener menos embarazos que las controles, pero la diferencia entre las mujeres afectadas y no afectadas es menos pronunciado que en los hombres (Jablensky,1995).

Hearle et al., y McGrath et al., en estudio realizado en el 1999 examinan un grupo de 342 pacientes con psicosis, de los cuales 110 eran mujeres, en contacto con servicios de salud mental comunitarios y hospitalarios en Queensland, Australia, encuentran que *de todos los pacientes psicóticos el 36% fueron padres. De las mujeres con psicosis el 59% fueron madres*.

Thornicroft et al. (2002) en estudio realizado en cinco poblaciones de Europa encuentra que en las mujeres con esquizofrenia el número de hijos es 1.4 frente a 0.33 en los hombres, evidenciando también una mayor necesidad.

Autores como Odegard,1980 y Miller et al,1992 han sugerido que desde la desinstitucionalización se ha incrementado la ratio de embarazos en mujeres con esquizofrenia.

Estas mujeres tienen unas necesidades especiales en áreas de planificación familiar y cuidados antenatales, ya que tienen un mayor riesgo de complicaciones obstétricas (Barkla & McGrath 2000). En el periodo postparto es menos frecuente que tengan episodios agudos, a diferencia del TBP, es más frecuente que experimenten una exacerbación de los síntomas crónicos, con frecuencia en las dos semanas después del nacimiento (Castle, 2000).

A menudo se asocia con peor soporte social, o carecen de soporte familiar, de esposo o de otro significativo, el embarazo suele ser no planificado, el diagnóstico suele estar retrasado, con una actitud negativa hacia este, y alta ratio de separación o divorcio (Zemencuk et al 1995, Miller 1990, Rudolph et al 1990).

De las mujeres en que están recogidos explícitamente los antecedentes de patología o intervención quirúrgica ginecológica (35 casos), el 82.9% tiene algún antecedente.

De estas en un 11.4% tienen cáncer de mama, un 17.1% han sufrido una histerectomía. Problemas ováricos (quiste o poliquistosis) en 8.5% de las mujeres.

Ha sido realizada una ligadura de trompas en un 17.1% de los casos. Un 11,4 presentan amenorrea o dismenorrea secundaria a psicofármacos. No tienen patología de ningún tipo el 17.1% de las pacientes historiadas explícitamente en patología ginecológica.

Estos hallazgos evidencian los déficits existentes en este área, la necesidad de protocolizar la recogida de *datos ginecológicos básicos* en todos los casos de mujeres con esquizofrenia y de realizar un apoyo y seguimiento estrecho en la maternidad, planificación familiar y cuidados ginecológicos de estas mujeres, mediante la puesta en marcha de un Programa específico o Unidad de referencia para la atención durante el embarazo y maternidad de las mujeres con esquizofrenia.

### 7.5.12 Enfermedades somáticas: Comorbilidad física

Hemos estudiado el nivel de salud de las mujeres con esquizofrenia de la muestra, analizando la comorbilidad física recogida en la Historia clínica.

En el análisis de la *patología metabólica y endocrina* que presentan, destaca que solo un 11.9 % de mujeres con esquizofrenia no tienen ninguna enf. metabólica.

El 22.7 % tienen Hipercolesteronemia y el 6.8 hipertrigliceridemia. Un 21.8% tienen obesidad y el 7.6% son hipotiroideas.

La frecuencia de obesidad encontrada por otros autores es de un 39,7% de pacientes con Esquizofrenia (Davidson et al,2001).

En población general española el porcentaje en el año 2006 de mujeres con hipercolesteronemia es de 16,2% (frente a 15,4 en varones), afectando primordialmente a las mujeres de mayor edad, con tasas de prevalencia por encima del 20% a partir de los 55 años y en el grupo de 65 a 74 años afecta a una de cada tres. Destaca un crecimiento muy importante en mujeres más jóvenes (de 16 a 34 años). La tasa de obesidad se ha duplicado en los últimos veinte años, siendo de 15,4% en 2006, siendo más importante el incremento en jóvenes de 18 a 24 años mujeres.

Más del 16% tienen otras alteraciones metabólicas o endocrinas (Amenorrea un 3,4%, Hiperprolactinemia con o sin galactorrea está registrada en un 2,7% de los casos, potomanía, hipertricosis, hiperandrogenismo).

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de amenorrea encontrada por algunos autores de entre 18.8% al 78% en mujeres tratadas con NL típicos (Ghadirian,1982; Gingell,1993; Perkins 2003) y la importancia clínica de niveles bajos crónicos de estrógenos en enfermedades cardiovasculares y osteoporosis ,autores como Grady et al,1992, considera necesario su estudio sistemático en las mujeres con esquizofrenia.

La prevalencia de galactorrea encontrada por otros autores en mujeres en tratamiento neuroléptico es de 1.5%-3.5% (Kleinberg et al, 1999). Otros estudios encuentra una frecuencia que oscila en un rango de un 10-57%, encontrando que además del tipo y dosis de neuroléptico tomado, los embarazos previos y estatus premenopáusico estaban significativamente asociados (Windgassen et al,1996).

El 13.4% son diabéticas (un 11.4% tienen DM no insulino dependiente y en un 2.3% es Insulino dependiente). De estas el 22,3% (tres casos de las mujeres con diabetes) sufren además patologías derivadas de esta enfermedad (nefropatía, polineuropatía y retinopatía diabéticas). La prevalencia de Diabetes en Esquizofrenia es 1.5 a 2 más elevada que en población general (American Diabetes Association et al. 2004). Saha S et al. , en la revisión sistemática que realizan en 2007, encuentran una tasa de mortalidad estandarizada para las enfermedades endocrinas de 2.69 en los pacientes con Esquizofrenia.



En población general española el porcentaje en el año 2006 de mujeres con diabetes fue de 5,8% (superada por primera vez por la de varones que fue de 6,2%). También se ha incrementado en la última década en un 47% .

En cuanto a las *enfermedades cardiovasculares* encontramos que un 14.2 % tienen Hipertensión arterial, un 0.8% padecen algún tipo de arritmia / bloqueo cardíaco o cardiopatía isquémica. En un 6.7% está recogida que padecen algún tipo de patología cardiovascular (insuficiencia cardíaca 3,1%, hipotensión 1,2%, trombosis, varices, o sin que conste cual).

En población general española el porcentaje en el año 2006 de mujeres con HTA es de 22,7% (frente a 18,7 en varones). La prevalencia se incrementa con la edad afectando de manera más importante a las mujeres, con un crecimiento especialmente en la última década en ambos sexos.

En España M. Bernardo y cols. (2009) en su estudio de factores de riesgo cardiovascular (CVRFs) realizado en 733 pacientes con esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos de segunda generación, encuentran que los CVRFs están asociados al género, los hombres con hipertensión (OR=25.34,  $p<0.03$ ) y las mujeres para diabetes (OR=0.02,  $p<0.03$ ).

Otros autores encuentran una frecuencia de patología cardiovascular en mujeres con esquizofrenia hospitalizadas de entre el 29.1-48.8% (Schwalb, 1975 en Alemania), en ambos sexos de un 11.6-15.6% (Dixon, 1999 en USA) y un 8,2% encuentra McDermott, 2005 en USA. En el caso de la HTA, varios autores (Schwalb 1976; Silver 1990; Steinert 1996 ) encuentran que es menos frecuente en pacientes con esquizofrenia comparado con controles normales. Dixon (1999) encuentra altas frecuencias de HTA (de 19,3%) utilizando como grupo control otros enfermos mentales.

Lawrence DM. et al., observaron que al contrario de la disminución mantenida de la tasa de *mortalidad por cardiopatía isquémica* en la población general durante el periodo de 1980 a 1998, se mantuvo constante en el caso de los varones con esquizofrenia (media de 280/100 000 esquiz-años) y *aumentó de 153 a 234 en el caso de las mujeres* . El RR de IAM encontrada en mujeres por otros autores es de 0.93 (Lawrence, 2003), de 2.6 (Cohn, 2004. en Canada); para la cardiopatía isquémica de 1.47 (Lawrence, 2003 en Australia).

Saha S et al. , en su revisión sistemática del 2007, encuentran una tasa de mortalidad estandarizada para las enfermedades cardiovasculares de 1.79 y para las cerebrovasculares de 0.69 en los pacientes con Esquizofrenia.

Las *enfermedades neurológicas* son las más frecuentes, siendo estas derivadas fundamentalmente de la toma de neurolépticos: un 19.5% presentan SEP, un 8,3% acatisia, disquinesia tardía un 7,5 % y Parkinsonismo en un 3,8%. Un 22.5% otras alteraciones neurológicas (como son otras disquinesias, polineuropatía, neurodermitis..). Saha S. et al., en su revisión sistemática del 2007, encuentran una tasa de mortalidad estandarizada para las enfermedades neurológicas de 4.22 en los pacientes con Esquizofrenia.

Destacan que por sistemas las enfermedades que padecen las mujeres con esquizofrenia más frecuentes , tras las neurológicas (88%), cardiovasculares (87%) y metabólicas (82%), son las genitourinarias ( un 15,2% ) y gastrointestinales ( un 10,6% ).

Dentro de las enfermedades genitourinarias destaca -además de las presentadas con frecuencia en las mujeres en general como prolapso de vejiga, incontinencia urinaria e infecciones urinarias de repetición- la enuresis nocturna en un 1,9%.

Neoplasias presentan un 7,3% de mujeres con esquizofrenia (2,7% de mama, de sigma 0,6%, de cuello un 0,6%), enfermedades musculoesqueléticas en un 6% y enf. infectocontagiosas en el 5,3% de los casos.

Mención especial merece el cáncer de mama , en nuestra muestra un 2,7% del total de mujeres con esquizofrenia lo presentan.

Autores como Goffin 1999, o Llovera 2000, apoyan la idea de que altos niveles de prolactina mantenidos realmente favorecen el cáncer de mama.. Algunos estudios encuentran una asociación positiva (Ingram et al. 1990), pero otros no (Bernstein et al 1990). Sólo dos estudios han encontrado un incremento del riesgo estadísticamente significativo de cáncer de mama en esquizofrenia (Dalton et al. 2005, Nakane and Ohta 1986).

Por sistemas Saha S et al., en la revisión sistemática que realizan en 2007,encuentran las tasas de mortalidad estandarizada más elevadas en los pacientes con esquizofrenia para las *enfermedades infecciosas* de 4.29, seguidas de las enfermedades *neurológicas* con una tasa de 4.22, las *genitourinarias* de 3.7 y las *respiratorias* en cuarto lugar con una tasa de 3.19. Las enfermedades digestivas ocupan el sexto lugar ( 2.38) y las neoplasias el octavo (1.37).

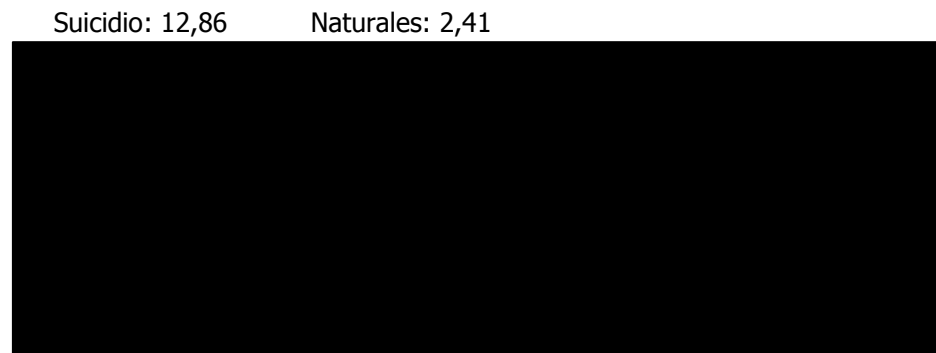
Ver tabla 22 “Enfermedades físicas con frecuencia incrementada o disminuida en Esquizofrenia”.

En resumen las mujeres con Esquizofrenia presentan una prevalencia de enfermedades físicas más alta y una más alta mortalidad que la población general, nuestros hallazgos coinciden con los de otros autores (Dickey et al. 2002; Leucht et al 2007; Saha et al.,2007; Maj,2009). Este exceso de mortalidad podría ser debida a suicidio y accidentes, pero una gran proporción de estas tienen como principal causa de muerte una enfermedad física.

Lejos de mejorar, esta diferencia de morbilidad y mortalidad, en las últimas décadas se ha visto incrementada.

Por otro lado, son frecuentemente infradiagnosticadas, es más difícil que consulten y que traten sus procesos físicos. Si a esto le sumamos las especificidades que presentan las mujeres en general (respecto a diversas patologías más frecuentes en ellas) y de las mujeres con esquizofrenia en particular (aumento de la tasa de mortalidad en la cardiopatía isquémica, alta frecuencia de enfermedades endocrinas y metabólicas, neurológicas, neoplasias) hace que esté justificado un estudio y abordaje más cuidado en las mujeres con esquizofrenia en tratamiento.

**GRÁFICO 59:** TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA EN ESQUIZOFRENIA



*Extraído de : Saha S et al. A Systematic Reivew of Mortality in Schizophrenia. Ach Gen Psychiatry.2007;64(10):1123-1131. (Metanálisis 37 artículos / 25 países / hasta 2006)*

En estudio realizado por Hofer et al. (2006) en pacientes con esquizofrenia procedentes de los SSM ambulatorios públicos de Innsbruck, encuentra que las mujeres comunicaron una satisfacción más baja con el estado de salud física que los hombres, y que especialmente los efectos adversos de la medicación, parkinsonismo y el aumento de peso, son determinantes importantes de la evolución global.

### 7.5.13 *Personalidad previa*

Constan datos sobre la personalidad previa en 72 pacientes ( el 47,7%). Del total de estos casos presentan rasgos patológicos de personalidad previa el 80.6% de las mujeres con esquizofrenia, frente al 19.4% con personalidad normal.

Del total de mujeres con esquizofrenia un 36.1% presentan rasgos de personalidad esquizoide, el 16.7% de tipo paranoide y en el mismo porcentaje (16.7%) anacásticos /obsesivos.

Distintos estudios establecen la posible existencia de una correlación entre las dimensiones esquizoide, pasivo-dependiente y anancástica y la severidad de la psicopatología general y negativa en el momento de debut de las *psicosis* (Peralta V,de León J, Cuesta MJ, 1991). Aún cuando la personalidad premórbida más frecuente entre aquellos individuos que desarrollan una psicosis es la personalidad *normal*, existen ciertas dimensiones de personalidad asociadas de un modo más consistente con determinadas dimensiones psicopatológicas y de rendimiento neurocognitivo, asociaciones que pueden condicionar en buena medida el pronóstico último del trastorno psicótico. (Peralta V,de León J, Cuesta MJ, 1991)

La mayor parte de los estudios tanto retrospectivos como prospectivos encuentran que en *la esquizofrenia* hay mayores déficits premórbidos y un peor funcionamiento social y ocupacional en hombres que en mujeres, tanto en pacientes crónicos (Childers SE.,1990, Moldin, 2000), como en primeros episodios (Weiser et al,2000).

Para valorar el funcionamiento social hay autores que en sus trabajos utilizan el estado civil, las habilidades de vida independiente y situación laboral (Andia AM et al,1995).

Las diferencias de género en funcionamiento premórbido están contaminadas por la fase prodrómica de la enfermedad, caracterizada por síntomas negativos y mayor disfunción social e inicio más temprano en varones. Además hay diferencias normales de desarrollo social entre hombres y mujeres en relación con sus diferentes procesos de maduración.

Las diferencias de género en la conducta social ha sido propuesta como una potencial contribución a las diferencias de género en la esquizofrenia. Específicamente , chicas preesquizofrénicas son más tímidas y menos sociables que otras chicas, sin embargo los chicos preesquizofrénicos son más agresivos y delinquen más que otros chicos. Una interpretación de estos hallazgos es que se tratarían realmente de manifestaciones premórbidas del proceso de enfermedad. El peor curso social de la Esquizofrenia en varones que en mujeres premenopáusicas, para autores como Häfner es debido en los hombres al menor nivel de desarrollo social alcanzado al inicio de la enfermedad, con el subsecuente impedimento para su futuro desarrollo (Häfner H, 2003).

#### 7.5.14 Factores de estrés

En un importante porcentaje de mujeres con esquizofrenia (74,2%) están recogidos por el psiquiatra en la Hª clínica de las pacientes, los factores de estrés como tal relacionados con el curso del trastorno mental ocurridos en periodo previo a la descompensación. Es decir, relacionados con el inicio o exacerbación de la enfermedad como recaídas o ingresos.

Se han agrupado en las mismas categorías que recoge el Eje IV del DSM, destacando dentro de los *Relativos al grupo primario de apoyo*, el fallecimiento de familiar (padres, hermanos, esposo o hijos) en un 45,5%, en segundo lugar la enfermedad física grave de familiar de primer grado en un 23,2%, el embarazo o nacimiento de un hijo en un 12,5%, y la separación o abandono conyugal en un 9,8% de las mujeres con esquizofrenia.

Dentro de los *relativos el ambiente social*, destaca la estancia en otro país o cambio de domicilio en el 10,7%. Los *problemas laborales* ocupan el séptimo lugar, en el 7,1% de las pacientes. En el 20,5% de las mujeres los factores de estrés relacionados se enmarcan dentro de la categoría *Otros* (como conflictos relacionales, problemas de vivienda, económicos, enseñanza).

El ser víctima de violencia física o sexual se recoge en un 2,6% ., Estudios como el de Hodgins en el 1992 , indican que mujeres con trastornos psicóticos sufren actos violentos 27 veces más que las mujeres sin psicosis, mientras el incremento para hombres con enfermedad mental severa es de cuatro veces, lo que supone una notable diferencia. Estos tienen más probabilidad de ser víctima de un crimen que la mujer (en la calle, tras pelea....). La violencia hacia la mujer es más frecuente que hacia el hombre en todas las etapas de la vida (Unger R.K., 1979)

Brown & Birley en 1968 encontró una incidencia mucho mayor de acontecimientos estresantes de diversa gravedad, en un periodo de tres semanas antes de la presentación de episodios en los pacientes con esquizofrenia que en los sujetos control de la población general. Norman & Malla en el 1993, en una amplia revisión, encuentran que los episodios de la enfermedad tienen mayor tendencia a estar precedidos por un nivel elevado de estrés.

Algunos autores han sugerido que las diferencias de género en la Esquizofrenia es el resultado de la diferente susceptibilidad al estrés. Tres diferentes argumentos han sido presentados: a) que el hombre experimenta más estrés interpersonal que la mujer, b) que el hombre es más vulnerable a los efectos adversos del estrés, y c) el estrés derivado de las demandas de rol es más temprano para el hombre que para la mujer (Lewine, 1981). No hay sin embargo, evidencia que sugieran que la exposición a agresiones interpersonales sea importante en la etiología de la Esquizofrenia , sí en el curso (Salem, 1998).

En cuanto al estrés generado por la emigración, diversos estudios han indicado que los inmigrantes que se ven rodeados de pobreza y estrés, manifiestan los más altos índices de enfermedades psicóticas (Warner, 1985). Los emigrantes que entran en una nueva cultura en el estrato social alto tienen menores índices de hospitalización por Esquizofrenia que otros tipos de inmigrantes, y sus cifras se aproximan a la de los nativos (Cochrane, 1977). La conclusión que extraen (Harrison, 1988; Thomas,1993) de estos resultados es que la inmigración por si sola no incrementa el riesgo de esq. , sino que el haber nacido en un nuevo país - inmigrantes en segunda generación- es lo que se puede relacionar con un aumento del riesgo (Warner, 1994).

El papel etiopatogénico de los Acontecimientos vitales estresantes (AVE) en el desarrollo de los trastornos psicóticos, parece más relevante para los trastornos de base afectiva que para la esquizofrenia. La presencia de AVE parece predecir una recuperación más precoz y un curso menos deteriorante a medio y largo plazo del trastorno psicótico, sobre todo de las psicosis afectivas. Sin embargo el mantenimiento en el tiempo de los mismos de forma crónica se asocia a un mayor número de recaídas, a un mayor establecimiento de resistencias y a un mayor grado de defecto psicótico, sobre todo en aquellos pacientes que han presentado más de un episodio psicótico (Van Os J, Fahy T,1994; Birchwood M,2002).

#### **7.5.14 Factores socio-familiares. Estudio de valores**

Encontramos que el 32.2% no tiene ningún tipo de apoyo o ayuda social. Solo el 3.4% (4 casos) tienen ayuda /apoyo de los Servicios Sociales, a través de visitas domiciliarias, auxiliar de hogar o de voluntariado.

El tipo de ayuda de los S.S. en los casos en que consta recogida explícitamente consistió en: traslado a Miniresidencia, estancias intermitentes en Miniresidencia, visitas domiciliarias, traslado a la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados. Es de destacar que en el distrito de Alcobendas no se disponía de ningún recursos sociosanitario hasta el año 2003/04, en que se abrió su primera miniresidencia.

Encontramos que el 8.7% no tiene ningún tipo de apoyo o contacto con familiares. Esto es independiente de su estado civil (estén casadas o no ) y de si tienen o no hijos. El 23.9% tiene escaso apoyo familiar.

La pertenencia a grupos sociales no se recoge explícitamente en la historia en un 76.8% de las mujeres con esquizofrenia. Solo un 25.7% pertenece a alguna asociación de enfermos, vecinal o religiosa (parroquia, grupo religioso), un 17.1% forma parte o colabora con alguna ONG.

En un 81.5% de los casos **no** han sido recogidos en la historia ninguna referencia a los valores de la paciente. De los casos de pacientes en que constan en su historia clínica (solo en un 18.5% ) para el 60.7% la religión es un valor prioritario para ellas, y para el 17.9% los valores estéticos. Esto podría tener repercusiones en el abordaje del tratamiento a la hora de tomar determinadas decisiones, en base a la Ley de Autonomía del paciente.

El medio en que se encuentran inmersos los pacientes, el mantenimiento de sus valores tradicionales y su propia cohesión interna como grupo son factores que parecen tener un papel dentro del curso de la Esquizofrenia (Jablensky A, 2003).

### **7.6 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO REALIZADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

#### **7.6.1 Tiempo de seguimiento en los SSM**

En el grupo total de pacientes se ha realizado un seguimiento medio de 9,7 años (IC95% 8,5 a 10,9), con una mediana de seguimiento de 9 años, un mínimo de 0 y máximo de 20,2 años. El valor 0 lo representan las pacientes que solo acudieron a una consulta en el SSM.

### **7.6.2 N° de profesionales que participan en el tto de las pacientes en el CSM. Inclusión en el Programa de Rehabilitación**

Las pacientes son atendidas por al menos un psiquiatra, la media de psiquiatras distintos es de 2,87 psiquiatras distintos sucesivamente (IC95% 2,6 a 3,2).

El 20% de las pacientes es atendida también por un psicólogo en algún momento de su seguimiento. En promedio las pacientes son atendidas por 1,5 psicólogos distintos (IC95% 0,9 a 2).

En el 74.3% de los casos al menos un DUE atiende también a la paciente. En promedio las pacientes son atendidas por 1,7 DUE distintos (IC95% 1,5 a 1,8).

Un 55.8% de las mujeres con esquizofrenia son valoradas por un Trabajador Social (TS) a lo largo de su tratamiento. En promedio las pacientes son atendidas por 1,5 T.S distintos (IC95% 1,3 a 1,6) .

En el 31.6 %de los casos interviene un T. Ocupacional. En promedio las pacientes son atendidas por 1,3 TO distintos (IC95% 1,1 a 1,4) .

El 33,1% de las pacientes están incluidas en el programa de rehabilitación. No consta el dato en la Historia clínica de 21 pacientes (13,9%).

En resumen podemos decir que todas las mujeres con esquizofrenia son atendidas a lo largo de su tratamiento en el CSM además de por un psiquiatra, las tres cuartas partes (74.3%) lo son también por un enfermero/a y en algo más de la mitad de los casos (55.8%) un trabajador social ha realizado la valoración social del caso. El 31.6 % lo son también por un terapeuta ocupacional y solo menos de la cuarta parte (20%) lo son además por un psicólogo. Más de un tercio están incluidas en el Programa de Rehabilitación.

El CSM de Alcobendas se caracteriza por el elevado porcentaje de interinidad de su plantilla (el 99% de los psiquiatras), con elevada rotación de estos profesionales (sobre todo los que tienen contrato eventual, un 36,4% de los psiquiatras), la infradotación de personal de enfermería y psicología (3 únicos DUES y 3 psicólogos para toda la población adulta), 1 único T.S. hasta el año 2001. Teniendo en cuenta todo esto se trata de unos porcentajes de atención y n° de profesionales diferentes que participan en los tratamientos de las pacientes muy elevado.

### **7.6.3 Adherencia al tratamiento**

El 63,5% de las pacientes consta en la historia que toma el tratamiento psicofarmacológico prescrito.

La adherencia a otras terapias o actividades (citas seguimiento, terapias, actividades de rehabilitación...) es algo menor, del 60,3% de las pacientes. Se consideró no adherencia cuando no acude o lo hace irregularmente a las citas, terapias o actividades indicadas.

#### 7.6.4 Descripción del tto psicofarmacológico

El 100% de las pacientes han recibido Neurolépticos (NL) orales, y NL Depot el 48,3%. Al 68,9% se les ha prescrito Benzodiacepinas y al 72,2% Anticolinérgicos. El 67,5% ha recibido otros fármacos.

Se recogió información sobre el tratamiento actual o más reciente que reciben las pacientes:

- El 97,5% de las pacientes reciben tratamiento actual con NL
- El 49,6% reciben tratamiento actual con Benzodiacepinas.
- El 31,9% de las pacientes están en tratamiento actual con Anticolinérgicos
- El 12,6% de las pacientes están en tratamiento actual con Antidepresivos.

##### 7.6.4.1 Combinación de tratamientos

El mayor porcentaje de mujeres con esquizofrenia recibe tratamiento único con Neuroléptico (29,8%), seguido de un 22,5% de las pacientes que lo recibe asociado con Benzodiacepinas (NL+BZD). En el 15,2% toman tres psicofármacos (NL+BZD+AC). El 9,3% reciben Neuroleptico y Anticolinérgico (NL+AC) y el 3,3% asociado a Antidepresivos (NL+AD).

**TABLA 221:** PORCENTAJE COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS. DISTRITO ALCOBENDAS

Tratamiento actual con:	Porcentaje	
Único con NL	29,8%	de las pacientes
NL + BZD	22,5%	“
NL + AC	9,3%	“
NL + AD	3,3%	“
NL+ BZD + AC	15,2%	“
Único con BZD	0,7%	“
BZD + AC sin NL.	0,7%	“
Otros fármacos	0,6%	“

NL: neurolépticos; BZD: benzodiacepinas; AC: anticolinérgicos; AD: Antidepresivos;



Los fármacos clasificados como “otros”, que reciben asociados, son en su mayor parte antidepresivos (10% de mujeres) y estabilizadores del ánimo en el 7.5% de casos (Plenur, Crisomet, Depamide) . Bromocriptina y Donepezilo lo son en el 1.6% de mujeres.

Lewine en estudio realizado en 213 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y trastorno Esquizoafectivo (DSM-III-R ), de los cuales 72 eran mujeres y 141 hombres, encontró que el 70% tenían medicación antipsicótica, de los que un 25% tenían también anticolinérgicos para los efectos secundarios de los antipsicóticos. Aproximadamente un 12% no tenía ninguna medicación psicotrópica. No encontró diferencias de sexo o edad de inicio (edad primera hospitalización) en los diferentes grupos por toma de medicación.

Cardoso et al.(2006) encuentra que el 69.4% de las mujeres con esquizofrenia reciben dos o más psicofármacos, en estudio realizado en una muestra de 123 pacientes con esquizofrenia ambulatorios ( Servicio Salud Mental Minas Gerais), de las cuales 49 son mujeres. Y que el malestar físico como efecto adverso de la medicación, como son los síntomas extrapiramidales, podría interferir en las actividades cotidianas de las mujeres de forma diferente a los hombres. Considerando estos que las mujeres que toman tres o más medicamentos presentan una más baja calidad de vida.

## 7.7 ESTUDIO DE CAUSAS DE ALTA Y FALLECIMIENTO (EN SUBGRUPO DE PACIENTES QUE NO CONTINÚAN EN TTO EN EL CSM )

### 7.7.1 Causas de alta

Hemos estudiado el total de los casos (n=151) en función de si continúan o no en tratamiento / seguimiento en el Centro de Salud Mental en el momento de la recogida de los datos, realizando dos subgrupos de mujeres con esquizofrenia.

El 52,3% (79 pacientes) del total de la muestra no siguen en tratamiento, y el 47,7% restante (72 pacientes) continúan en tratamiento en el momento de la recogida de los datos.

Al estudiar el motivo del alta de las **79 pacientes que no siguen en tratamiento** en el CSM, destaca que *abandonaron el tratamiento sin que volviesen a consultar* menos de la mitad (34 pacientes), lo que supone el 22,5% del total de las 151 pacientes la muestra. Más de un cuarto de los casos de alta se deben a traslados por cambio de domicilio (27.8%), a los que hay que

sumar el 10.2% cuyo motivo de alta se debe a su seguimiento por otro profesional médico.

*Ingresaron en distintos recursos específicos residenciales un 12,6% (10 casos), de los cuales 6,2% (5 casos) lo hicieron en residencias de ancianos al superar los 65 años, y en recursos psiquiátricos el 5.1%. Un 1.3% en un Hospital de no válidos (H. de Villa del Prado) debido a enfermedades orgánicas severas.*

De las mujeres con Esquizofrenia que ingresan en recurso específico de Salud mental, el 3.8% lo hacen en una Unidad Psiquiátrica de Larga Estancia (Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados del H. Rodríguez Lafora) y un 1.3% en un piso supervisado.

En el número de recursos sociocomunitarios específicos de Salud Mental al que se han incorporado las pacientes, cabe destacar un primer periodo (de unos quince años) con muy poca utilización de estos por las mujeres con esquizofrenia. Esto es debido en gran parte a la escasez de este tipo de recursos con que contaba el Área 5 entonces, y a que ninguno de estos escasos recursos del Área estaba ubicado entonces en el distrito. Una de las mayores dificultades para los pacientes son las grandes distancias hasta los recursos del área en muchos casos, debido a su gran dispersión geográfica y contar con una amplia zona rural.

No ha sido hasta los últimos seis-siete años cuando se comenzaron a abrir recursos sociocomunitarios específicos de rehabilitación en el distrito, produciéndose a partir de entonces un cambio en el nº de pacientes incorporados. Hasta entonces el peso del tratamiento y sostén de las pacientes ha estado a cargo únicamente del CSM.

### **7.7.2 Fallecimientos**

En cuanto a los fallecimientos registrados en este grupo de pacientes que NO continúan en tratamiento, cinco de estas mujeres con esquizofrenia murieron. El 3.8% *fallece por suicidio* y el 1.3% (una mujer) por enfermedad cardiovascular (IAM). Se desconoce el motivo en uno de los casos que corresponde a una mujer que ingresó años antes en la UCPP del Hospital Rodríguez Lafora.

Se analizaron los casos de las mujeres con Esquizofrenia que fallecieron por suicidio (3 casos), las tres eran solteras, una de ellas vivía sola, las otras dos con familiares (madre y hermana respectivamente). Dos fueron por defenestración -a los 50 y 31 años-, la otra mujer de 32 años se arrojó a un pozo durante una estancia en su pueblo.

Si comparamos con *la mortalidad por suicidio* en la población general de la CAM, los datos epidemiológicos para la Comunidad de Madrid dan una tasa por 100 mil habitantes de 2,1 en mujeres. El método más frecuente es en mujeres el saltar desde altura. Destaca que en la mujer se produce la máxima

mortalidad por suicidio entre los 75-84 años, seguida de la década de los 55-64. Sin embargo la muerte por suicidio en la mujer con esquizofrenia se produce a una menor edad.

*La mortalidad* por causa de defunción en la Comunidad de Madrid, según grandes grupos de la CIE-10 en el año 2005, por sexos es en las mujeres en primer lugar las circulatorias en un 33,2% seguida de los tumores en un 23,1%.

## 7.8 COMPARACIÓN ENTRE SUBGRUPOS MUESTRALES

### 7.8.1 Comparación entre grupo de pacientes que siguen en tratamiento en el CSM y grupo de pacientes que no continúa .

Encontramos una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) , en cuanto a la comparación de sus *características sociodemográficas* , en la proporción de mujeres con *estudios* primarios , que es mayor en el grupo que sigue en tratamiento, así como menor proporción de mujeres con estudios de bachiller en este grupo; Existe una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en la situación laboral en la proporción de mujeres que se encuentran en paro o pensionistas, mayor en el grupo de pacientes que no siguen en tratamiento.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la edad, zona, estado civil , ocupación, situación laboral o convivencia.

En cuanto a la comparación de sus *características clínicas* encontramos diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en el número de *recaídas* con tratamiento a nivel ambulatorio que es mayor en las mujeres que no siguen en tratamiento en los SSM.

La proporción de mujeres con *conciencia de la enfermedad* es significativamente mayor ( $p < 0,0001$ ) en el grupo de pacientes que continúan en los SSM.

Encontramos diferencias significativas ( $p < 0,02$ ) en el *tiempo de evolución* de la enfermedad menor o mayor de 20 años, la proporción de mujeres con evolución mayor de 20 años es mayor en las que continúan en tratamiento en los SSM.

No hay diferencias significativas en el subtipo diagnóstico inicial ni en el final, en los antecedentes de consumo de alcohol, tabaco, drogas y juego. Tampoco las encontramos en los antecedentes obstétricos, en el número de partos y abortos ni en los antecedentes familiares de enfermedad mental.

En cuanto al *tratamiento recibido en el CSM*, encontramos diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en el tiempo de atención en los SSM, que como cabría esperara es mayor en las pacientes del grupo que sigue en tratamiento en el momento del estudio, al igual que en el número de psiquiatras y DUE distintos que han atendido a la paciente, que es significativamente mayor en el grupo de pacientes que continúan en tratamiento en los SSM.

También las pacientes incluidas en los programas de rehabilitación es mayor en el grupo de pacientes que continúan en tratamiento en los SSM ( $p<0,0001$ ).

La adherencia a la medicación es significativamente mayor ( $p<0,0001$ ) en el grupo de mujeres que continúan en tratamiento, así como la adherencia a otros tratamientos ( $p<0,0001$ ).

En el *entorno familiar* encontramos mayor proporción estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ), de mujeres con buen apoyo familiar en el grupo que continúa en tratamiento, y la proporción de mujeres con ningún apoyo es significativamente mayor en las que no siguen en tratamiento ( $p<0,05$ ).

Sin que tenga nivel de significación estadística, hay datos observados que merecen ser comentados, estos son:

En cuanto al *subtipo diagnóstico inicial*, contrariamente a lo esperado en un primer momento -el subtipo paranoide abandona el tratamiento en mucho mayor número que otros subtipos tras el primer contacto con los SSM-, encontramos que siguen en tratamiento un porcentaje mayor (62.5%) que los que no continúan (un 52.9%).

Encontramos una mayor proporción de pacientes con subtipo Hebefrénico (6.3%) y Residual (11.4%) entre los que no siguen en tratamiento comparados con los que sí continúan. En el caso del subtipo residual se explica la pérdida (del 3%) por el traslado a residencias de ancianos al cumplir los 65 años o a recursos específicos (algunos de estos ubicados en otro distrito del área hasta hace 8-9 años), sobretodo entre aquellos que contactaron con el CSM en los ochenta, al ser desinstitucionalizados (del H. Psiquiátrico de referencia de este distrito H. Rodríguez Lafora), y ser pacientes todos ellos de avanzada edad y crónicos.

El porcentaje total de pacientes con E. Residual es del 19.7% -sumados los que siguen y no siguen en tratamiento- ya en el inicio (primer contacto), da idea del volumen de pacientes crónicos de los que tuvo que hacerse cargo desde el primer momento el CSM procedentes de la desinstitucionalización, con muy escasos recursos intermedios mancomunados abiertos en la zona Norte.

En relación al *subtipo diagnóstico final*, como era de esperar dentro del grupo que sigue en tratamiento hay un mayor porcentaje de los subtipos catatónico, hebefrénico y del subtipo paranoide, que se explican por la incidencia acumulada. Aumenta el número de los subtipos Residual y Esquizoafectivo, disminuyendo los subtipos Agudo, Latente, Otras y Sin especificar, que se explica por el cambio de diagnóstico con el curso de la enfermedad.

En cuanto a las *características sociodemográficas* sin que tenga nivel de significación estadística, observamos que las pacientes mujeres de la zona rural mantienen su tratamiento en menor número -o lo que es lo mismo lo abandonan más- que las que lo mantienen. Por estado civil son las que no tienen pareja (68.4%) las que más lo abandonan, y dentro de ellas es en las viudas en las que hay mayor diferencia entre ambos grupos.

Contrariamente a lo que cabría esperar abandonan más el tratamiento las pacientes mujeres con mayor nivel educativo, esto ocurre tanto en las mujeres con bachiller (un 17.4% frente al 5.8% de pacientes que continúan), como en las universitarias (un 11.6% abandonan frente al 4,3% que siguen). En el caso de la menor frecuencia de mujeres analfabetas que continúan en tratamiento se explicaría debido a la elevada edad de estas mujeres con esquizofrenia, por los fallecimientos o traslados al cumplir los 65 años a residencias de ancianos o al domicilio de los hijos si cuentan con buen apoyo familiar.

Son las mujeres que están trabajando fuera de casa y las profesionales independientes las que comparativamente con más frecuencia abandonan el tratamiento. En cuanto a la convivencia son las que viven solas y las que no viven con familiares (familia propia o de origen) las que más lo abandonan, y con una mayor frecuencia consume tóxicos.

Podemos resumir que las mujeres con esquizofrenia que con más frecuencia van a abandonar el tratamiento, son las mujeres con esquizofrenia de la zona rural, sobretudo las más jóvenes, con mayor nivel educativo, solteras, que no viven con familiares o viven solas, que se encuentran en paro /pensionistas, o están trabajando fuera de casa, que consumen más tóxicos, con escaso o ningún apoyo familiar.

Por tanto serían candidatas por parte del CSM a un seguimiento más estrecho y cercano, planteando la necesidad de intervención diferente o específica para estas mujeres con esquizofrenia, por parte de los distintos profesionales, en función del mayor porcentaje de abandonos.

### 7.8.2 Comparación entre grupo de mujeres de zona rural y urbana

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 47 corresponden a la zona rural y 104 a mujeres de la zona urbana. En la comparación de estos dos grupos de pacientes incluidas en el estudio encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de tratamiento realizado en el CSM. Estas son:

En el número de DUE, trabajadores sociales y TO que intervienen *en el tratamiento*, siendo significativamente mayor ( $p < 0,05$ ) en las mujeres que viven en entorno urbano.

Se incorporan mayor proporción de pacientes en los *programas de rehabilitación* en el entorno urbano ( $p = 0,002$ ). La adherencia a la medicación no presenta diferencias, pero sí una mayor *adherencia a otros tratamientos* en las mujeres de entorno urbano ( $p = 0,005$ ). Esto se explicaría por la menor accesibilidad del medio rural a los recursos, con distancias que superan los 40 Km en el caso de algunos pueblos de la Sierra.

Sin que tengan nivel de significación estadística, hay datos observados que merecen ser comentados por su importancia clínica, estos son :

En cuanto al *subtipo diagnóstico*, en la zona rural encontramos un mayor porcentaje inicial de Hebefrenia (8.5%) que en la zona urbana (3.8%). El porcentaje de mujeres con subtipo Residual como diagnóstico final es mayor también en la zona rural (31.9%) que en la urbana (21.2%). Esto último podría explicarse tanto por el menor número de pacientes que se incorporan al Programa de Rehabilitación, como por la mayor permanencia en su medio habitual (domicilio familiar) de los pacientes crónicos en el medio rural.

En cuanto a las *características sociodemográficas*, en el medio urbano hay mayor porcentaje de pacientes sin pareja (68.3%). Dentro de estas mujeres con esquizofrenia sin pareja, es mayor el porcentaje de viudas en la zona rural (10.6%) que el de separadas-divorciadas (6.4%), mientras que en la zona urbana ocurre lo contrario (7.7% frente al 11,5% respectivamente).

En la zona rural hay un mayor porcentaje de mujeres que viven solas (12.8%) o con familia de origen –padres- (38.3%) que en el medio urbano (el 5.8 solas y el 26% con padres), en el que viven en mayor número (58.7%) con familia propia -marido y/o hijos-.

En la zona rural existe un menor nivel educativo en las pacientes, con mayor nº de mujeres analfabetas y con estudios primarios. Pero encontramos también mayor número de pacientes profesionales independientes, lo que se explica por las urbanizaciones de más alto nivel que existen a lo largo de la carretera de Burgos pertenecientes también a la zona rural (Urb. Santo Domingo, Ciudalcampo, el RACE, Fuente el fresno...), frente a la zona rural de montaña (la llamada “sierra pobre” de Madrid) de nuestro distrito.

El porcentaje de mujeres con incapacidad laboral es también menor en la zona rural (19.6%) que en la urbana (29.0%), y mayor el de mujeres en paro y pensionistas.

En relación a las características clínicas, encontramos en el medio rural un porcentaje ligeramente mayor de ingresos involuntarios y episodios de agresividad física. Una menor frecuencia de intentos de suicidio (21% frente al 27% en z. urbana), de inicio relacionado con tóxicos y con estresores, con un mayor porcentaje de inicio subagudo de la enfermedad (55% frente al 44% en z. urbana).

El nº de partos de las mujeres con esquizofrenia en la zona rural (1.2 por mujer) está por debajo de la media para las mujeres de la CAM (es de 1.3), y en cambio por encima en la zona urbana (1.4). El nº de abortos es ligeramente mayor en el medio urbano.

La media de años en seguimiento en el CSM es menor en el medio rural (8 años frente a 10 años en la z. urbana) lo que concuerda con los otros hallazgos: una menor adherencia tanto a la medicación como al resto de tratamientos, predominio de casos con un inferior número de años de evolución de la enfermedad, edad de las pacientes ligeramente menor etc.

### 7.8.3 Comparación entre grupo de mujeres con edad de inicio de la enfermedad anterior o posterior a los 25 años

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 72 corresponden a edad de inicio  $\leq$  25 años y 79 a mujeres con edad de inicio de la Esquizofrenia  $>$  de 25 años, al ser nuestra mediana de 26 años, con un rango de edad de la muestra de 18 a 86 años.

Otros autores en sus estudios dividen su muestra en dos subgrupos con los 25 años también como edad de corte (Salakongas, 1995,2000,2003). En general dependiendo del rango de edad incluido en la muestra, los autores establecen el punto de corte para su comparación en los 25 o los 21 años (Gilabert-Juan et al. 2010; Saiz J. et al ).

En la comparación de las características de las mujeres en las que el inicio de la enfermedad es anterior a los 25 años inclusive o posterior a los 25 , encontramos las siguientes diferencias estadísticamente significativas:

-En la *edad* ( $p<0,05$ ) de las pacientes, que es significativamente superior en las mujeres con inicio de la enfermedad posterior a los 25 años, con una edad media de 61 años frente a los 44 años del grupo con un inicio de la enfermedad más precoz.

-En el *estado civil* ( $p<0,0001$ ) siendo superior el número de solteras en las mujeres con inicio de la enfermedad más precoz (anterior a los 25 años) y mayor proporción de casadas en las mujeres con inicio de la esquizofrenia posterior a los 25 años.

La proporción de mujeres sin pareja en las que tuvieron inicio de la enfermedad anterior a los 25 años es mayor que en aquellas con inicio posterior a los 25 años.

-En el *nivel educativo* ( $p= 0,001$ ) encontrando mayor proporción de universitarias en las mujeres con inicio de la enfermedad anterior a los 25 años.

-En la *ocupación* ( $p=0,001$ ) siendo mayor proporción de trabajadoras (cualificadas o no) o bien que no trabajan (en paro) las mujeres del grupo de inicio anterior a los 25 años, y mayor proporción de amas de casa en las mujeres con inicio de la enfermedad posterior a dicha edad.

-La *situación laboral* difiere entre los dos grupos resultando significativamente mayor ( $p=0,002$ ) el número de mujeres en paro y en situación de incapacidad laboral en las mujeres con inicio de la enfermedad anterior a los 25 años y mayor la proporción de amas de casa en las mujeres con inicio de la enfermedad posterior a los 25 años.

-En la *convivencia* ( $p<0,0001$ ) viviendo en mayor proporción con los padres las mujeres con inicio  $<25$ a de la enfermedad y en mayor proporción con el cónyuge o cónyuge más hijos si el inicio de la enfermedad es  $>25$ a.

-En el *consumo de drogas y tabaco* en el pasado y actuales ( $p=0,002$  y  $0,016$ ;  $p=0,036$  y  $0,009$  respectivamente), superior en el grupo de pacientes con inicio de la enfermedad anterior a los 25 a.

-Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los *antecedentes familiares de segundo grado* ( $p=0,023$ ) con mayor proporción en las mujeres con inicio de la enfermedad anterior a los 25 años. No existen diferencias en los antecedentes en familiares de primer grado.

-El *número de partos* es significativamente mayor en las mujeres con inicio de la enfermedad posterior a los 25 años, pero no existen diferencias en el número de abortos ( $p<0,05$ ).

-El número de psicólogos y terapeutas ocupacionales que atienden a las pacientes, así como la inclusión en programas de rehabilitación es significativamente mayor en las mujeres con inicio anterior a los 25 años de la enfermedad.

#### **7.8.4 Comparación entre grupo de mujeres con esquizofrenia tardía (edad de inicio posterior a los 45 años) y edad de inicio anterior a los 45 años.**

Comparamos dos submuestras de pacientes mujeres con esquizofrenia por el punto de corte de edad de 45 años, límite recogido en la literatura para el comienzo de desarrollo de la esquizofrenia tardía (Tang et al, 2007).

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 135 corresponden a edad de inicio menor o igual de 45 años y 16 a mujeres con edad de inicio de la Esquizofrenia mayor de 45 años.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de mujeres con Esquizofrenia en la *edad de inicio de la enfermedad*, siendo la media de 25.7 años en el grupo de edad de inicio  $< 45$  años y de 49.7 años en el grupo de edad de inicio tardío ( $\geq 45$  años).

También en la *edad del primer ingreso hospitalario*, que es a los 26 años en las primeras frente a los 51 años en el grupo de mujeres con Esquizofrenia tardía.

Sin que tengan nivel de significación estadística, hay datos observados que merecen ser comentados :

En los subtipos diagnósticos destaca que el 75% corresponde al Paranoide como subtipo inicial en el grupo de inicio tardío ( $>45$  años). El subtipo Esquizoafectivo en este mismo grupo se duplica como subtipo diagnóstico final (12.5%) con respecto a su porcentaje inicial (6.3%).



En el grupo de mujeres con inicio tardío de la Esquizofrenia (>45 años) encontramos que la mayor parte están casadas (43.8%) o lo han estado (37,5% de viudas y separadas). Viven con familiares el 75% y en un mayor porcentaje solas (18.8%), con un número menor en recursos residenciales (residencias o pisos supervisados), en parte explicado por el mayor apoyo familiar en el grupo de inicio tardío (62.5% buen apoyo y un 18.8% cuenta con escaso apoyo). Encontramos un nivel educativo más bajo, con un 12.5% de analfabetas, lo que se explica por la avanzada edad media de las pacientes, siendo similar al nivel formativo de ese grupo social.

La mayor parte no trabaja fuera de casa (solo un 12.5% lo hace) y solo un 6.3% tiene una incapacidad laboral, por lo que son mujeres en su mayoría sin recursos económicos propios, con un alto nivel de dependencia económica. Tienen un menor porcentaje de ingresos involuntarios (un 20% frente a un 52.6% en grupo inicio menor de 45 a), menor porcentaje de intentos de suicidio (15.4% frente al 26.3%), de episodios de agresividad física (8.3% frente al 29.5%). Con un porcentaje de factores de estrés relacionados con las recaídas en un 80.5% de los casos.

Destaca que en ningún caso en el grupo de mujeres con Esquizofrenia de inicio tardío (>45 a) tienen antecedentes de enfermedad mental en familiares de segundo grado, ni de suicidio en la familia. Esto podría orientar hacia una menor carga genética o penetrancia en este tipo de Esquizofrenia, pero sería necesaria una muestra mayor para su estudio.

El nº de partos en las mujeres con esquizofrenia de inicio tardío es de 1.9 por mujer, estando bastante por encima de la media para las mujeres de la CAM (que es de 1.3) y de la media del grupo de inicio anterior a los 45 años, que es de 1.29 partos por mujer. El nº de abortos es también mayor (1.0 por mujer frente a 0.5 respectivamente).

En cuanto al tipo de asistencia recibida, destaca que un menor porcentaje de pacientes están incluidas en el programa de rehabilitación en el grupo de inicio tardío (20% frente al 34.8% en las mujeres con esquizofrenia de inicio anterior a 45 a). Encontramos un porcentaje mayor de adherencia a la medicación y menor de adherencia a otros tratamientos.

El perfil de la mujer con esquizofrenia de inicio tardío sería el de una mujer de edad avanzada (mayor de 65 años), con estudios primarios, casada o que lo ha estado, con hijos, ama de casa, que convive con familiares, con alto nivel de dependencia económica. Sin consumo de tóxicos ni alcohol, no fumadora. Con un inicio de la enfermedad alrededor de los 49 años, una media de dos ingresos y de ocho años de seguimiento en el CSM. Con buena adherencia a la medicación y bastante menor al resto de tratamientos, incorporada al programa de rehabilitación en menos de una cuarta parte de los casos.

### 7.8.5 Comparación entre grupo de mujeres con evolución de la enfermedad mayor o menor de veinte años.

En el análisis de las características de las mujeres en función del tiempo de evolución de la enfermedad menor o mayor de 20 años, encontramos diferencias estadísticamente significativas en:

En cuanto a los subtipos diagnósticos, como era de esperar encontramos menor número de casos con *subtipo de inicio* “episodio esquizofrénico agudo” (295.4 ) en las mujeres con menos de 20 años de evolución, y mayor proporción de E. residual (295.6 ) en las mujeres con más de 20 años de evolución ( $p<0,05$ ).

En el subtipo *diagnóstico final* la proporción de E. Paranoide (295.3) es significativamente mayor en las mujeres con menos de 20 años de evolución y la proporción de E. residual (295.6) es mayor en las mujeres con más de 20 años de evolución ( $p<0,05$ ).

La *edad* es significativamente mayor en las mujeres con más de 20 años de evolución, al igual que el *nº de ingresos*, como puede resultar lógico.

La proporción de mujeres solteras es mayor en las de menos de 20 años de evolución, pero la proporción de casadas o viudas es similar. La *convivencia* con los padres es significativamente mayor en las mujeres con menos de 20 años de evolución de la enfermedad ( $p=0,004$ ).

El *nivel educativo* es en mayor proporción analfabetas en las pacientes con más de 20 años de evolución ( $p<0,05$ ).

La *ocupación* es en mayor proporción en trabajo cualificado en las mujeres con menos de 20 años de evolución y más amas de casa en las de más de 20 años de evolución. La *situación laboral* engloba más amas de casa en las mujeres con más de 20 años de evolución ( $p<0,05$ ).

El *consumo de drogas* en el pasado es significativamente mayor en las mujeres con menos de 20 años de evolución ( $p=0,007$ ), no hay diferencias en el consumo actual.

Se relaciona una mayor proporción de *factores estresores* en las mujeres con menos de 20 años de evolución ( $p=0,013$ ).

El *número de partos* es mayor en las mujeres con más de 20 años de evolución.

Aunque sin nivel de significación estadística es de destacar, el mayor número de mujeres con incapacitación legal en las de mayor evolución (8.5% frente a 3.8% en las de menos de veinte años de evolución), aunque el porcentaje de adherencia a la medicación y al resto de tratamientos es mayor, y un menor número están incluidas en el programa de rehabilitación. Todo lo cual podría explicarse en función del mayor deterioro (cognitivo y la sintomatología negativa) que por las conductas disruptivas o agresividad.

### **7.8.6 Comparación entre grupo de mujeres con esquizofrenia nulíparas frente a las que tienen hijos.**

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, un 30,5% son nulíparas (46 mujeres) y un 69.5% de mujeres tienen hijos y (54 pacientes), siendo la media de 2.5 hijos por paciente.

En la comparación de las características de las mujeres con Esquizofrenia con o sin hijos, encontramos las siguientes diferencias:

Una edad significativamente mayor en las mujeres con hijos (una edad media de 60 años frente a 45 en las nulíparas), al igual que la proporción de amas de casa.

La proporción de mujeres que no trabajan o con incapacidad laboral es mayor en las mujeres nulíparas ( $p<0,0001$ ).

La convivencia es mayor con los padres ( $p<0,05$ ) en las mujeres nulíparas, y con familia propia (cónyuge con o sin hijos) si tuvieron hijos.

Una proporción significativa de mujeres sin pareja en las mujeres nulíparas ( $p<0,0001$ ). A destacar que un 44.4% de las pacientes con hijos no tienen pareja - solteras, separadas o viudas-, con lo que esto supone de cara a su cuidado.

El consumo de drogas en el pasado, y de tabaco en el pasado y actual es mayor en las mujeres nulíparas ( $p=0,001$  y  $0,027$  drogas y alcohol en el pasado y  $p=0,011$  tabaco actual). La proporción de mujeres con antecedentes familiares de *segundo grado* de enfermedad mental es mayor en las mujeres nulíparas ( $p=0,043$ ). En un 38.2% los tienen frente al 16.7% de las que tienen hijos.

La edad de inicio es menor en las nulíparas, con una edad media de inicio de 22 años frente a más de 33 años en las que tienen hijos. Lo mismo sucede en la edad del primer ingreso.

El número de abortos difiere, siendo mayor en las que tienen hijos (1.0 frente a 0.2 en las nulíparas). El número de intentos de suicidio es significativamente mayor también en las mujeres con hijos (34% frente al 14% en las nulíparas).

El número de psicólogos y T.O. que intervienen a lo largo de su atención en el CSM es mayor en las nulíparas ( $p<0,05$ ). Están incluidas en programas de rehabilitación en mayor proporción las mujeres nulíparas ( $p=0,032$ ). Todo ello estaría relacionado con la menor edad de estas pacientes y/o con la mayor gravedad clínica (peor funcionamiento y funcionalidad).

La adherencia a la medicación es significativamente mayor en las mujeres nulíparas ( $p=0,033$ ), esto podría explicarse por que conviven en mayor proporción con los padres, con mayor apoyo familiar en su autocuidado.

En los restantes factores no encontramos diferencias significativas. Es de destacar sin embargo en los subtipos diagnósticos, aunque sin nivel de significación estadística, el mayor porcentaje de subtipo Esquizoafectivo en el grupo de pacientes con hijos (18.5%) frente al de las mujeres con esquizofrenia

nulíparas (8.7%). Sin embargo en los subtipos diagnosticos finales el porcentaje de casos se iguala entre ambos grupos. Esto podría contribuir a explicar porqué a medida que aumentan los años de evolución aumentan el nº de casos de E. Esquizoafectivo en el conjunto de la muestra, al añadirse casos vinculados de alguna forma con los nacimientos. El inicio de la enfermedad relacionado con estresores encontramos que es mayor en las pacientes con hijos (46.3% frente al 39.1%)

Es importante recalcar en *las mujeres con esquizofrenia que tienen hijos* :

- el elevado número de hijos: 2,5 por mujer, muy por encima de la media de la CAM (que es de 1,3). Además en un elevado número (44.4%) no tienen pareja, son solteras, separadas o viudas, con lo que esto supone de cara al apoyo necesario para la crianza y cuidado de los niños.
  - que tienen un mayor número de abortos y de intentos de suicidio.
  - el mayor inicio de la enfermedad está relacionado con estresores.
  - el mayor porcentaje de subtipo Esquizoafectivo .
  - en menor proporción están incluidas en el Programa de rehabilitación e intervienen menor número de profesionales. Lo cual estaría en relación con un menor deterioro funcional de estas pacientes, en relación con las que no tienen hijos, coincidiendo con los hallazgos anteriores.
- Todo lo cual debería ser tenido en cuenta y repercutir en el planteamiento de su abordaje, intensificando el trabajo en las áreas de necesidad específicas que presentan este subgrupo de mujeres con esquizofrenia, siendo un grupo de pacientes diana para el prog. de Continuidad de Cuidados .

#### ***7.8.7 Comparación entre grupo de mujeres con esquizofrenia con Reconocimiento de minusvalía frente a las que no lo tienen.***

Del total de las 151 mujeres con Esquizofrenia de la muestra, 119 corresponden a mujeres con Esquizofrenia que no tienen el reconocimiento/grado de minusvalía por su enfermedad mental y solo 32 mujeres con esquizofrenia lo tienen.

Realizamos el análisis de las características sociodemográficas, clínicas y de abordaje recibido de ambos grupos de pacientes.

En cuanto a los Subtipos diagnósticos el mayor porcentaje de reconocimientos lo tienen el subtipo paranoide , destacando el elevado número de pacientes residuales -subtipo diagnóstico final residual 295.6- que no lo tienen (un 21% ).

La proporción de mujeres que solicitan minusvalía es significativamente mayor si no trabaja ( $p=0,036$ ) o bien si tiene incapacidad laboral ( $p<0,0001$ ). La proporción de mujeres con incapacidad laboral que solicitan la minusvalía es del 68,8%. Si unimos las incapacidades laborales y el no trabajar por estar en paro o pensionista, la proporción asciende al 84,4%.

La edad de inicio de la enfermedad es significativamente menor en los casos en que ha solicitado minusvalía ( $p>0,05$ ), al igual que la edad del primer ingreso que es también significativamente menor en estas pacientes ( $p<0,05$ ).

Estos datos pueden estar relacionados con la mayor gravedad de la enfermedad en estas mujeres, que hace que soliciten el reconocimiento de minusvalía. Lo cual viene apoyado por otros datos como son el que las pacientes con reconocimiento de minusvalía tienen un mayor nº de ingresos (una media de 4 frente a 2.7 ingresos), un mayor porcentaje de ingresos involuntarios (55.6% frente a 48.5%) y de episodios de agresividad física (40.7% frente a 23.7%). Un mayor porcentaje de las pacientes con reconocimiento de minusvalía no tiene conciencia de enfermedad (41.4%).

El inicio de la enfermedad en estos casos es en un mayor porcentaje subagudo (53.1% frente a 46.2%), está en un menor porcentaje relacionado con factores de estrés (37.5% frente a un 45.4%) y drogas (3.1% frente al 5.9%). Un porcentaje mayor tiene antecedentes familiares de primer grado de enfermedad mental (60.9% frente a 55.4%).

El número de años de evolución de la enfermedad es también mayor, siendo en un 53.1% de más de 20 años.

Encontramos una mayor proporción de mujeres que solicitan la minusvalía en el grupo de las mujeres nulíparas (68.4%) frente a las mujeres con hijos (31.6%) ( $p=0,029$ ). El número de partos es significativamente mayor en las mujeres que no solicitan la minusvalía ( $p<0,05$ ).

El consumo de tabaco es significativamente mayor en las pacientes que solicitan la minusvalía ( $p=0,023$ ) tanto en el consumo pasado como en el actual ( $p=0,032$ ).

Destaca, aunque sin significación estadística, el mayor porcentaje de antecedentes de consumo de alcohol en las pacientes con reconocimiento de minusvalía frente a las que no lo tienen (25% frente al 15%), así como el mayor porcentaje de consumo actual de alcohol (23.2% frente al 11.7%) y de drogas (13.3% frente al 8.7%).

Encontramos que el número de años de atención en los SSM es significativamente mayor en las mujeres que han solicitado minusvalía ( $p<0,05$ ). El tiempo medio de atención en estas las mujeres es de 12.2 años. Las mujeres que solicitan la minusvalía están incluidas en mayor proporción ( $p<0,0001$ ) en los programas de rehabilitación (65,5%), que las mujeres que no solicitan minusvalía (23,8%).

La incapacitación legal es significativamente mayor (Fisher)  $p=0,009$  en las mujeres que tienen el reconocimiento de minusvalía (15.6%) que en las que no lo tienen (3.4%).

El número de D.U.E, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales que han intervenido en el tratamiento es significativamente mayor en los tres tipos de profesionales ( $p < 0,05$ ) en las mujeres que solicitan minusvalía.

Destaca , aunque sin significación estadística , el mayor porcentaje de pacientes sin ningún apoyo familiar ( en un 9.4% frente al 5.9% ) o sin ningún contacto familiar (3.1% frente al 0.8%) en las mujeres con Esquizofrenia que tienen reconocimiento de minusvalía.

## 7.10 ESTUDIO DE FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE INDICADORES DE GRAVEDAD

### 7.10.1 Factores que influyen sobre los intentos de suicidio

En el análisis multivariante ninguna de las variables finales estaba relacionada con una mayor probabilidad de suicidio en las pacientes, en los 64 casos que se incluyeron en el análisis con valores válidos en todas las variables de la ecuación, de los 151 de la muestra.

En el análisis univariante aplicado al mismo número de casos incluidos en el análisis multivariante, *encontramos que solo están relacionados los intentos de suicidio con la presencia de problemas judiciales de cualquier tipo.*

En el estudio comparativo entre subgrupos encontramos un mayor porcentaje de intentos de suicidio *en las mujeres con esquizofrenia que tienen hijos* respecto de las nulíparas.

Si incorporamos la variable *inicio precoz o tardío de la esquizofrenia* (con el punto de corte en los 45 años), o *tipo de personalidad previa* (con trastorno o sin trastorno), tampoco resultan significativas. No encontramos ninguna variable recogida en el estudio que pueda estar relacionada con una mayor probabilidad de suicidio en la totalidad de las pacientes.

Solo encontramos relación con algunos subgrupos de mujeres con esquizofrenia: con las que tienen presencia de problemas judiciales de cualquier tipo, y con las pacientes que tienen hijos. Lo cual podría explicarse por el mayor nivel de estrés que suponen ambas situaciones para estas mujeres, que necesitarían un mayor y más estrecho apoyo terapéutico y psicosocial como forma de prevenir los intentos de suicidio.

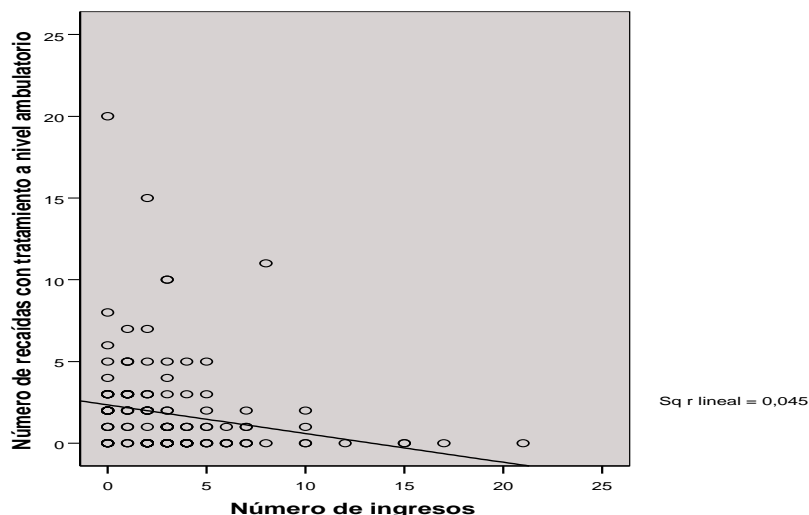
O por el contrario serían un reflejo o consecuencia de la mayor gravedad del caso al igual que los intentos de suicidio en ellas. Si fuera así también sería necesario un mayor y más estrecho apoyo terapéutico y psicosocial de estas mujeres.

### 7.10.2 Factores que influyen sobre el número de hospitalizaciones

Manteniendo las variables anteriores en la ecuación para evaluar las que puedan relacionarse con un mayor número de hospitalizaciones, entraron en el análisis un total de 70 casos con valores válidos en todas las variables de la ecuación, de los 151 de la muestra.

Ni el *inicio precoz o tardío de la enfermedad* con punto de corte en los 45 años, ni el *tipo de personalidad previa* (con trastorno o sin trastorno) estaban relacionadas.

**GRÁFICO 46:** RELACIÓN ENTRE N° DE RECAÍDAS CON TRATAMIENTO A NIVEL AMBULATORIO Y EL N° DE INGRESOS



Solo encontramos relación significativa en el número de recaídas a nivel ambulatorio con el número de ingresos. *Siendo el número de ingresos inversamente proporcional al número de recaídas tratadas a nivel ambulatorio* ( $p=0,016$ ). Lo cual confirma la importancia del seguimiento y tratamiento recibido en el Centro de Salud Mental .

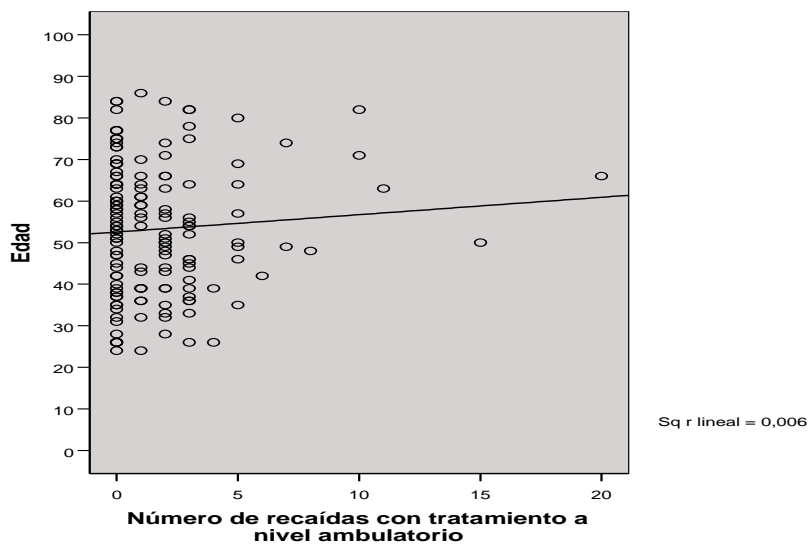
### 7.10.3 Factores que influyen sobre el número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio (en el CSM)

Se incluyó en el análisis a 70 *casos* con valores válidos en todas las variables de la ecuación, del total de las 151 pacientes.

Las pacientes con *mayor edad tienen mayor número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio* ( $p=0,041$ ). Por cada año de edad mayor aumenta 0,95 el número de recaídas tratadas a nivel ambulatorio (*1 recaída por año*).

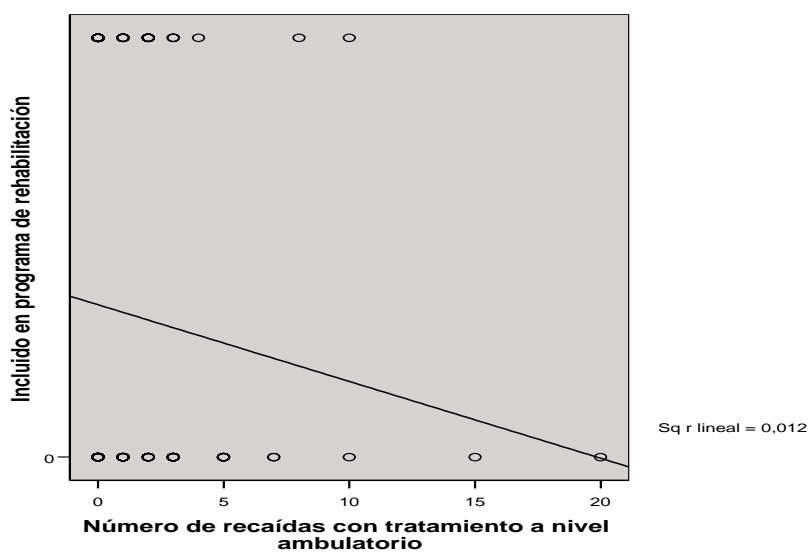


**GRÁFICO 47 :** RELACIÓN ENTRE N° DE RECAÍDAS CON TRATAMIENTO A NIVEL AMBULATORIO Y LA EDAD



La inclusión de las mujeres en los programas de rehabilitación reduce la probabilidad de recaídas a nivel ambulatorio de forma estadísticamente significativa ( $p=0,016$ ). El estar o no incluida en el programa de rehabilitación aumenta en 2,7 el número de recaídas.

**GRÁFICO 47:** RELACIÓN ENTRE N° DE RECAÍDAS CON TRATAMIENTO A NIVEL AMBULATORIO Y LA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN



Si consideramos el *inicio precoz o tardío* (con punto de corte en los 45 años), se incluyen en el análisis 70 casos con valores válidos en todas las variables de la ecuación, del total de las 151 pacientes, encontramos que:

*El número de recaídas es significativamente menor ( $p=0,035$ ) si las pacientes tienen un inicio tardío de la enfermedad.* Existe una diferencia de 3,8 recaídas más si la paciente tiene inicio precoz de la enfermedad que si el inicio es tardío, manteniendo todas las demás variables constantes, es decir, *independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad, la edad, y las restantes variables* incluidas en la ecuación. Lo cual nos permitiría afirmar que efectivamente el curso de la esquizofrenia es mejor en estos casos y por tanto en la esquizofrenia tardía.

La inclusión de las mujeres en los programas de rehabilitación reduce el número de recaídas a nivel ambulatorio de forma estadísticamente significativa ( $p=0,026$ ). El estar o no incluida en el programa de rehabilitación aumenta en 2,5 el número de recaídas.

Si añadimos a la ecuación de regresión el *tipo de personalidad previa*, no se añade información a la obtenida en la ecuación anterior, y *continúa siendo significativa la inclusión o no en programas de rehabilitación sobre el número de recaídas a nivel ambulatorio*, lo que evidencia la importancia de desarrollar este Programa en los CSM y de la eficacia del tratamiento rehabilitador en la evolución de la enfermedad.

## 7.11 ESTUDIO DE FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL SEGUIMIENTO A NIVEL AMBULATORIO (EN LOS SSM)

### 7.11.1 Factores que se relacionan con si la paciente sigue o no en tratamiento en el CSM

Al estudiar los factores que puedan influir sobre si la paciente continúa o no en seguimiento en el Centro de Salud Mental, no encontramos ninguna variable que resulte significativa sobre si las pacientes continúan o no en seguimiento en el CSM, cuando se analizan todas de forma conjunta, incluyendo en el análisis aquellas que resultaron significativas en el análisis univariante e introduciendo algunas variables básicas de control como por ejemplo la edad de las pacientes.

Tampoco incorporando el *inicio precoz o tardío* de la enfermedad (punto de corte a los 45 años) ni el *tipo de personalidad previa* añade modificaciones en los resultados .

### 7.11.2 Factores que se relacionan con el tiempo en tratamiento en el CSM

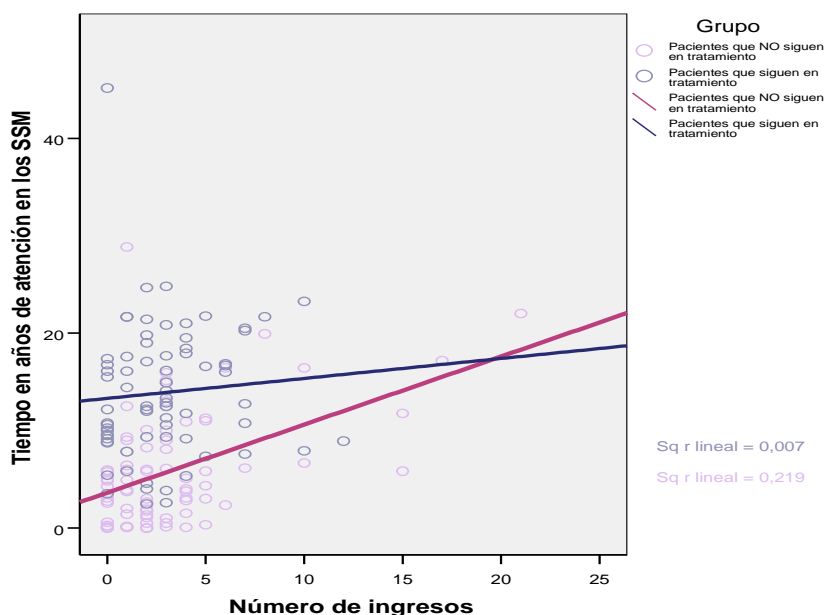
Al estudiar las variables que se relacionan con un mayor o menor tiempo de seguimiento en el CSM, se incluyen en el análisis multivariante los datos de 54 casos con valores válidos en todas las variables de la ecuación del total de las 151 pacientes, en el que encontramos que :

Las pacientes que no siguen en tratamiento en el CSM tienen además un *tiempo de seguimiento* en este menor que las pacientes que continúan en tratamiento ( $p=0,033$ ), en promedio 5 años menos (IC95% 0,4 a 9,5) que las mujeres que continúan en seguimiento en el momento de la realización del estudio.

En cuanto al *número de ingresos* encontramos que, a mayor tiempo de seguimiento la probabilidad de que las pacientes hayan sufrido un mayor número de ingresos aumenta significativamente como era de esperar.

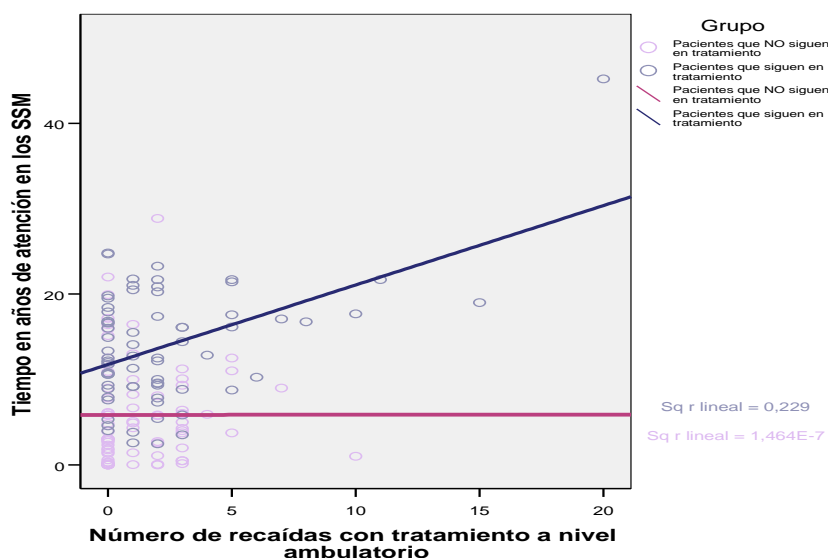
*Pero si comparamos entre ambos grupos* (el de mujeres con esquizofrenia que siguen y el de las que no siguen en tratamiento en el CSM) *vemos que en el grupo de las que no continúan el número de ingresos supera el de las que si lo hacen* (véase la diferente pendiente de la recta).

GRÁFICO 50: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN EN LOS SSM Y EL Nº DE INGRESOS



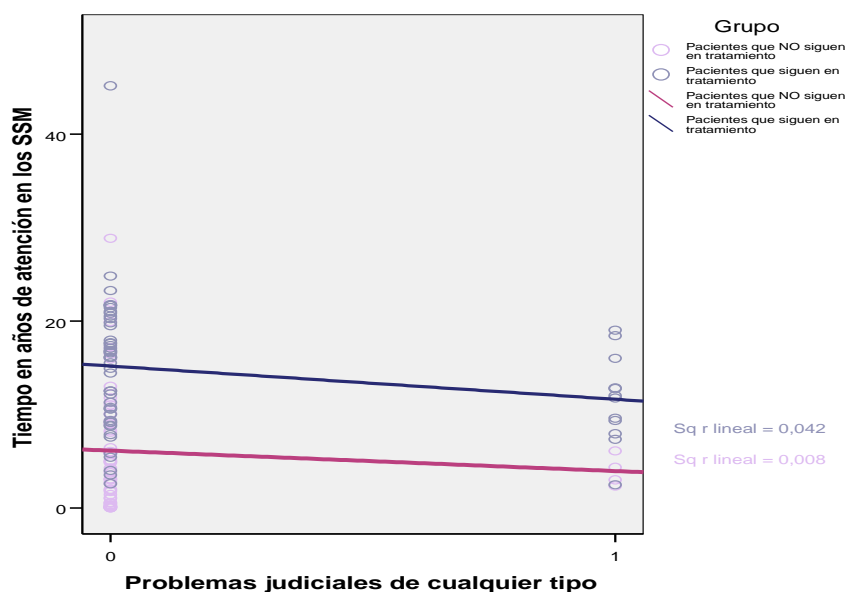
En cuanto al *número de recaídas* con tratamiento a nivel ambulatorio, observamos que éstas aumentan si aumenta el tiempo de seguimiento. Las pendientes difieren entre las pacientes que no continúan en seguimiento, respecto a las que continúan en seguimiento en el CSM. Probablemente este dato sea dependiente del número de ingresos, *cuantas menos recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio más número de ingresos*.

GRÁFICO 51: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN EN LOS SSM Y EL Nº DE RECAÍDAS CON TTO A NIVEL AMBULATORIO



En cuanto a la probabilidad de que la paciente tenga *problemas judiciales\** y el tiempo en tratamiento en los Servicios de Salud Mental encontramos que :

**GRÁFICO 53: RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN EN LOS SSM Y EL Nº DE PROBLEMAS JUDICIALES DE CUALQUIER TIPO**



A mayor tiempo de seguimiento en los SSM la probabilidad de que la paciente tenga problemas judiciales\* es menor. En las pacientes que siguen en tratamiento en los SSM el tiempo hasta que presentan problemas judiciales es mayor que las mujeres que han abandonado los servicios de SSM. Lo que vuelve a evidenciar la importancia del tratamiento realizado en el CSM.

\*Referido a la variable “problemas judiciales de cualquier tipo”, que incluye además de las denuncias, juicios o encarcelamientos por agresiones físicas (realizadas o de las que ha sido víctima), hurtos, ordenes de alejamiento, proceso custodia de hijos etc, y la incapacitación legal de la paciente.



## 8. CONCLUSIONES

### **Generales derivadas del estudio global de la muestra**

1. Hay una menor **proporción de mujeres con esquizofrenia** que de varones en contacto con los Servicios de Salud Mental de Distrito, al contrario de lo que ocurre con resto de trastornos mentales en que es mayor el número de mujeres en contacto.
  - Del total de pacientes con esquizofrenia del Distrito de Alcobendas el 44.7% son mujeres, con una menor Incidencia y Prevalencia tratada para el grupo diagnóstico Esquizofrenia y psicosis paranoides durante el periodo de tiempo revisado en el estudio (Incidencia de 0.58 en mujeres frente a 0.76 en varones y una Prevalencia de 1.87 en mujeres frente a un 2.03 en los hombres).
  - Estos resultados coinciden con la distribución porcentual de los casos atendidos en la totalidad de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid para el grupo diagnóstico esquizofrenia ( 295 CIE-9), que en mujeres es menor que en hombres (Casos nuevos de 1.3 frente a 2.7 y casos asistidos de 1.5 frente a 2.2), y con los de otras Comunidades Autónomas.
2. Las mujeres con esquizofrenia que han sido atendidas en los últimos veinte años en los Servicios de Salud Mental de Alcobendas no presentan un único perfil.
  - Tenemos así un perfil que corresponde a una mujer mayor (más de 55 años), sin estudios o con estudios primarios, casada y con hijos, ama de casa, que vive con familiares, con un alto nivel de dependencia económica. Con una larga evolución de la enfermedad, de más de 25 años en muchos de los casos. Dentro de este estarían las pacientes que fueron desinstitucionalizadas o que han tenido largos periodos de hospitalización.
  - Y **un nuevo perfil** de una mujer más joven, menor de 35 años, de procedencia urbana, soltera, que vive con los padres, con trabajo no cualificado y nivel educativo algo más alto (secundaria), fumadora, con consumo de tóxicos.

3. En cuanto a la **estabilidad y variabilidad diagnóstica**, el 41,8% inicialmente diagnosticadas como “trastorno psicótico sin especificar”, habían evolucionado hacia un tipo específico de psicosis (para el que cumplía los criterios ICD-9) distinto de la esquizofrenia. En un 8.1% se había mantenido el diagnóstico inicial no evolucionando a una Esquizofrenia (“*epis.psicótico agudo*”, “*psicosis sin especificar*” o “*t. esquizotípico*”).

- Las 151 mujeres con Esquizofrenia incluidas en el estudio presentan cambios en el subtipo de Esquizofrenia diagnóstico inicial, con relación al subtipo de Esquizofrenia final actual.

Los subtipos de inicio predominante son el Paranoide (57% de los casos) y el Esquizoafectivo (el 11,3%). En los subtipos diagnósticos finales, es destacable el aumento en el número del subtipo Esquizoafectivo hasta el 13,9%.

4. Cuando se realiza un seguimiento a lo largo de muchos años de las pacientes, el porcentaje de casos de mujeres con esquizofrenia en los que a lo largo de su evolución, en algún periodo de su enfermedad se añaden síntomas compatibles con otro subtipo diferente de Esquizofrenia o incluso con otra psicosis no esquizofrénica, sobre todo síntomas afectivos (y que cumplen criterios diagnósticos CIE-9 para Trast. Esquizoafectivo o incluso TBP) es frecuente.

Hasta una cuarta parte del total de mujeres con esquizofrenia que siguen en tratamiento han recibido tres o más diagnósticos (distintos del subtipo residual) siendo uno de ellos de *TBP hasta en un 27%* de estos casos. *Con síntomas afectivos primarios* (es decir siendo uno de los Dx recibidos de Trast. Esquizoafectivo o TBP) encontramos en un 44,3% de las mujeres con esquizofrenia.

5. **La edad de inicio** de la esquizofrenia en la mujer en función del diagnóstico final presenta importantes diferencias entre los diferentes subtipos. Destaca la menor edad de inicio para los subtipos E. Hebefrénica, E.Latente, la E.Catatónica y el Episodio esquizofrénico agudo; y una edad de inicio bastante más tardía en los subtipos E.Paranoide y E.Esquizoafectivo.

Siendo esta diferencia en la edad media de inicio en las mujeres con esquizofrenia de diez años, al tener una edad media de inicio de 19 años en el primer grupo y una medad media de inicio de 29 años en el segundo.



6. La distribución de la edad de inicio en la mujer se ajusta a una **curva bimodal**, con dos picos de aparición de la enfermedad en la mujer: Un máximo entre los 20-24 años, apareciendo un segundo pico en el intervalo 47-50 años, alrededor de la menopausia.

Una de las más importantes diferencias de género es el significativo incremento en la incidencia de primera presentación de esquizofrenia en mujeres de 45-49 años. Este segundo pico de inicio de la enfermedad durante la edad media que está ausente en el hombre.

7. Las diferencias de género en la edad de inicio de la enfermedad en la mujer **difieren en los distintos subtipos** de Esquizofrenia, siendo muy evidente en el subtipo Paranoide, con efecto meseta mantenido en el E. Esquizoafectivo, y no son significativas en resto de subtipos, teniendo tanto hombres como mujeres un inicio temprano.

Esta presentación más tardía proporciona mayor oportunidad para el desarrollo de un nivel superior de competencia social premórbida. Cuanto más tarde se inicia la enfermedad mayor es el porcentaje de mujeres que tienen hijos y el número de estos.

8. **Violencia:** Con mayor frecuencia las mujeres con psicosis esquizofrénica son víctimas de agresiones y no agresoras. Las mujeres con esquizofrenia tienen una alta frecuencia de episodios de daño así mismas (25,2% intentos de suicidio). Solo un 6% están incapacitadas civilmente.

-En el medio rural encontramos un porcentaje ligeramente mayor de ingresos involuntarios y episodios de agresividad física en las mujeres con esquizofrenia y una menor frecuencia de intentos de suicidio (21% frente al 27% en z. urbana).

9. **Fertilidad y Maternidad:** Un porcentaje muy alto de mujeres con esquizofrenia tienen hijos (un 69.5%). En promedio el número partos es de 2.5 (IC95% 2.2 a 2.9), muy por encima del número medio de hijos por mujer en 2005 de la media madrileña que es de 1.31, y de la media de la zona norte de Madrid (1.30), que es incluso algo menor que la media madrileña.

-Un 20,5% del total de mujeres con esquizofrenia han tenido algún aborto, muy por encima de la tasa media en la población de mujeres en España.

-El nº de partos de las mujeres con esquizofrenia en la zona rural (1.2 por mujer) está por debajo de la media para las mujeres de la CAM. El nº de abortos es también ligeramente menor.

-La relación lineal encontrada entre años de evolución y número de partos, de manera que a mayor número de años de evolución de la enfermedad las mujeres tienen mayor número de hijos, evidencia que estas mujeres tienen unas necesidades especiales en áreas de planificación familiar y cuidados antenatales, ya que tienen un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, y unas necesidades específicas en el periodo posnatal y cuidado de los hijos.

-Destaca el bajo número de casos en que se recoge en la anamnesis datos ginecológicos importantes.

10. Las mujeres con Esquizofrenia presentan una prevalencia de **enfermedades físicas** más alta y una más alta mortalidad que la población general. Lejos de mejorar, esta diferencia de morbilidad y mortalidad, en las últimas décadas se ha visto incrementada.

Si a esto le sumamos las especificidades que presentan las mujeres en general (frecuentemente infradiagnosticadas) y de las mujeres con esquizofrenia en particular (aumento de la tasa de mortalidad en la cardiopatía isquémica, alta frecuencia de enfermedades endocrinas y metabólicas, neurológicas y neoplasias, que es más difícil que estas mujeres consulten y que traten sus procesos físicos) hace necesario un estudio y abordaje somático más cuidado de las mujeres con esquizofrenia en tratamiento.

11. Todas las mujeres con esquizofrenia son atendidas a lo largo de su **tratamiento en el CSM** por equipo multiprofesional. Con abordaje además de por un psiquiatra, en las tres cuartas partes (74.3%) por un enfermero/a con entrevistas de seguimiento programadas, en algo más de la mitad de los casos (55.8%) un trabajador social ha realizado la valoración e intervención social en su caso. El 31.6 % son también atendidos por un terapeuta ocupacional del CSM y alrededor de la cuarta parte (20%) lo son además por un psicólogo. Más de un tercio están incluidas en el Programa de Rehabilitación.

En el número de DUE, TS y TO que intervienen en el tratamiento, es significativamente mayor en las mujeres que viven en entorno urbano.

Un alto porcentaje de mujeres con esquizofrenia en tratamiento, además de dos o tres fármacos (NL+BZD+AC) reciben otros fármacos asociados, que son en su mayor parte antidepresivos y estabilizadores del ánimo.

12.El estudio de la pérdida muestral, motivos por los cuales un 52,3% de las mujeres con esquizofrenia atendidos en los SSM en el periodo de veinte años estudiado **no siguen en tratamiento en el CSM** cuando se realizó la investigación, destaca que abandonaron el tratamiento sin que volviesen a consultar menos de la mitad de estos (representan el 22,5% del total de pacientes de la muestra). Un 48% lo son por cambio de domicilio o seguimiento por otro profesional.

Ingresaron en distintos recursos específicos residenciales un 12,6% (fundamentalmente en residencias de ancianos al superar los 65 años, ocasionalmente en Hospital de no válidos debido a enfermedades orgánicas severas). Siendo muy bajo el porcentaje de mujeres con Esquizofrenia que han ingresado en una Unidad Psiquiátrica de Larga Estancia (el 3.8% ).

### **Derivadas de la comparación entre subgrupos muestrales**

13.Las mujeres con esquizofrenia que con más frecuencia **abandonan el tratamiento**, son más jóvenes, con mayor nivel educativo, solteras, que no viven con familiares o viven solas, que trabajan fuera de casa o han trabajado y se encuentran en paro, que consumen más tóxicos, con escaso o ningún apoyo familiar. Aunque sin que tenga nivel de significación estadística observamos que las pacientes mujeres de la zona rural mantienen su tratamiento en menor número y durante menos tiempo, y encontramos una mayor proporción de pacientes con diagnóstico inicial subtipo Residual.

- Estas pacientes serían candidatas por parte del CSM a un seguimiento más estrecho y cercano, planteando la necesidad de intervención diferente o específica para este subgrupo de mujeres con esquizofrenia, por parte de los distintos profesionales, en función del mayor porcentaje de abandonos.
- Hay diferencias significativas respecto a continuar o no en tratamiento en el CSM dependiendo de que las pacientes estén incluidas en el programa de rehabilitación, siendo las pacientes del entorno urbano las que lo están en mayor proporción. La adherencia a la medicación y a otros tratamientos es mayor en ellas.

14. En la **zona rural** encontramos un mayor porcentaje de subtipos hebefrénico y residual (de mayor deterioro), mayor porcentaje de inicio subagudo, de ingresos involuntarios y episodios de agresividad física (heteroagresividad), con menor frecuencia de intentos de suicidio. En mayor porcentaje viven con los padres o familiares. Tienen menor número de partos que las pacientes de la zona urbana, estando por debajo de la media para las mujeres de la CAM.

15. En las mujeres con esquizofrenia **de inicio anterior a los 25 años**, encontramos diferencias estadísticamente significativas y que en

- un mayor porcentaje están solteras o sin pareja, viven con los padres, tienen mayor consumo de drogas y tabaco, resultando también significativamente mayor las pacientes en situación de incapacidad laboral, la proporción de antecedentes familiares de segundo grado de enfermedad mental, sin que existan diferencias en los antecedentes familiares de primer grado.
- El número de partos es menor, pero sin diferencia en el de abortos.

16. El perfil de la mujer con esquizofrenia **de inicio tardío, posterior a los 45 años**, sería el de una mujer de edad avanzada, con estudios primarios, casada o que lo ha estado, con hijos, ama de casa, que convive con familia propia con alto nivel de dependencia económica. Sin consumo de tóxicos ni alcohol, no fumadora. Con una edad media de inicio de la enfermedad alrededor de los 49 años, una media de dos ingresos y de ocho años de seguimiento en el CSM. Con buena adherencia a la medicación y bastante menor al resto de los tratamientos, incorporada al programa de rehabilitación en menos de una cuarta parte de los casos.

Siendo características específicas diferenciales de este subgrupo de mujeres:

- La presencia mayoritaria como subtipo diagnóstico inicial del subtipo paranoide (75%), duplicándose el subtipo Esquizoafectivo como subtipo diagnóstico final con respecto a su porcentaje inicial (12.5% frente a 6.3%).
- En ningún caso tienen antecedentes de enfermedad mental en familiares de segundo grado. Esto orientaría hacia una menor carga genética o penetrancia en este tipo de esquizofrenia, al contrario de lo que ocurriría en las mujeres con esquizofrenia de inicio temprano.

- El número de partos es de 1.9 por paciente, bastante por encima de la media para las mujeres en la CAM (que es 1.3). El número de abortos también es mayor (1.0 por mujer frente a 0.5).

17. Las mujeres con esquizofrenia tienen **hijos** en un porcentaje muy alto (el 69.5%), además el número de hijos por mujer (2.5) está muy por encima de la media de la CAM (que es de 1,3 ).

- En un elevado número (44.4%) de las mujeres con esquizofrenia que tienen hijos no tienen pareja (son solteras, separadas o viudas), con lo que esto supone de cara a su cuidado.
- Tienen un mayor número de abortos y de intentos de suicidio.
- En los subtipos diagnósticos de inicio el mayor porcentaje corresponde al subtipo Esquizoafectivo frente a las mujeres nulíparas.
- en menor proporción están incluidas en el Programa de rehabilitación e intervienen en su tratamiento un menor número de profesionales.

Todo lo cual debería ser tenido en cuenta y repercutir en el planteamiento de su abordaje, intensificando el trabajo en las áreas de necesidad específicas que presentan este subgrupo de mujeres con esquizofrenia, siendo un grupo de pacientes diana para el Programa de Continuidad de Cuidados .

18. Un elevado número de mujeres con esquizofrenia no tienen **reconocimiento /certificado de minusvalía**, destacando el alto porcentaje que existe en el subtipo residual y en las mujeres con hijos.

- Siendo la proporción de pacientes que solicitan minusvalía significativamente mayor si no trabaja o bien si tiene incapacidad laboral.
- El perfil de la mujer con esquizofrenia que ha solicitado y tiene reconocimiento de minusvalía es el de una mujer con menor edad de inicio de la enfermedad, inicio subagudo, con mayor número de ingresos, de ingresos involuntarios y episodios de agresividad física. Con mayor consumo de tóxicos, alcohol y tabaco. Sin hijos . Un mayor número de años de evolución de la enfermedad, sin ningún apoyo familiar y con incapacitación legal significativamente mayor.

## **Estudio de factores que influyen sobre Indicadores de gravedad**

19. Los intentos de suicidio solo están relacionados con algunos subgrupos de mujeres con esquizofrenia, aquellas que tienen problemas judiciales de cualquier tipo y con las que tienen hijos.
20. El número de hospitalizaciones solo se relaciona significativamente con el número de recaídas a nivel ambulatorio, siendo el número de ingresos inversamente proporcional al nº de recaídas tratadas a nivel ambulatorio.
- El número de hospitalizaciones disminuye independientemente del resto de variables en el grupo de pacientes que mantienen el tratamiento en el CSM.
21. El número de recaídas es significativamente menor si las pacientes tienen un inicio tardío de la enfermedad. Independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad, la edad, y las restantes variables incluidas en la ecuación existe una diferencia de 3,8 recaídas más si la paciente tiene inicio precoz de la enfermedad que si el inicio es tardío.
22. A mayor tiempo de seguimiento en los SSM la probabilidad de que la paciente tenga problemas judiciales de cualquier tipo es menor. En las pacientes que siguen en tratamiento en los SSM el tiempo hasta que presentan problemas judiciales es mayor que las mujeres que han abandonado los servicios de SSM.
23. La inclusión de las mujeres en los programas de rehabilitación reduce la probabilidad de recaídas a nivel ambulatorio de forma estadísticamente significativa. El estar o no incluida en el programa de rehabilitación aumenta en 2,7 el número de recaídas.

## **9. BIBLIOGRAFÍA**

- Addington J, Addington D. Neurocognition and social functioning in schizophrenia : a 2-5 year follow-up study. *Schizophr Res* 2000; 44:47-56
- Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:565-571
- Alyward E, Walter E, Bettes B. Intelligence in schizophrenia : metaanalysis of the research . *Schizophren Bull* 1984; 10:430-59
- Andia AM, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T, Kuck J, Morganville J, Braff DL. Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 1995 Aug; 183(8):522-8.
- Angermeyer MC, Kühn L. Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* 1988 Sep;237(6):351-64
- Angermeyer MC. Sex-related variations in the course of schizophrenic disease. A review. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1989 Jul;57(7):257-66
- Angermeyer MC, Goldstein JM, Kuehn L. Gender differences in schizophrenia: rehospitalisation and community survival. *Psychol Med.* 1989 May; 19 (2) :365-82
- Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophr Bull.* 1990;16(2):293-307.
- Angermeyer MC, Grottker D. Do schizophrenic psychoses lead to a reversal of sex-specific role behaviour?. Results of an explorative study. *Psychiatr Prax.* 1990 Mar;17(2):85-90
- Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A. Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *Int J Soc Psychiatry.* 1998 Summer;44(2):107-16
- Araki T, Kasai K, Kirihaara K, Yamasue H, Kato N, Kudo N, Nakagome K, Iwanami. Auditory P300 latency prolongation with age in schizophrenia : gender and subcomponent effects. *Schizophr Res.* 2006 Dec; 88 (1-3):217-21
- Ardnt S, Tyrrell G, Flaum M, Andreasen NC. Comorbidity of abuse and schizophrenia : the role of pre-morbid adjustment. *Psychol Med* 1992;22:379-88.

- Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk- Jorgensen P. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry* 2005;187:510-15
- Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray R, Cannabis as a potential causal factor in schizophrenia. In : Castle D, Murray R, eds. *Marijuana and madness: psychiatry and neurobiology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004:101-18
- Ascher-Svanum H,<sup>1</sup> Stensland M,<sup>1</sup> Zhao Z,<sup>1</sup> and Kinon BJ<sup>1</sup> Acute weight gain, gender, and therapeutic response to antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia *BMC Psychiatry*. 2005; 5: 3. Published online 2005 January 13. doi: 10.1186/1471-244X-5-3.
- Aydemir C,Goka E, Kisa C, Kurt A,Volkanyuksel F. Discinesia y signos neurológicos menores en esquizofrenia: un estudio comparativo. *International Journal of psychiatry in Clinical Practice*. Ed. Esp. 2006 Vol.5 (1):11-16
- Ballesteros J,Gutiérrez M. Epidemiología de la Esquizofrenia: problemas metodológicos. En : *Esquizofrenia entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico (I)*. Gutiérrez M. Ezcurra,J.; Pichot P.“Psiquiatría y Mujer” Ediciones Grupo Aula Médica S.L., 2006
- Bhatia T, Franzos MA, Wood JA, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Gender and procreation among patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004 Jun 1; 68(2-3):387-94.
- Beauchamp G, Gagnon A. “Influence of diagnostic classification on gender ratio in schizophrenia: a meta-analysis of youths hospitalised for psychosis” *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 Dec; 39 (12):1017-22.
- Belelli, D., Lambert, J.J. Neurosteroides: endogenous regulators of the GABA<sub>A</sub> receptor. *Nature Rev. Neurosci*. 2005. (6): 565-575.
- Bernardo M, Cañas F, Banegas JR, Casademont J, Riesgo Y, Varela C; RICAVA Study Group. Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: a cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. *Eur Psychiatry*. 2009 Oct;24(7):431-41
- Birchwood M: The critical period for early intervention. En : Birchwood M,Fowler D, Jackson C: *Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions*. Nueva York: Ed. John Wiley & Sons Ltd,2002 ; 28-63
- Bland RC, Orn H. Long term mental illness in Canada: an epidemiological perspective on schizophrenia and affective disorders. *Can J Psychiatry* 1984; 29:242-6



- Boerma MA, Van der Stel JC, Van Amelsvoort T, Linszen DH, De Haan L. Women, schizophrenia and oestrogen; neurobiological hypotheses and hormone therapy studies. *Tijdschr Psychiatr.* 2010;52(4):235-44
- Bramham C.R. 2007, "Control of synaptic consolidation in the dentate gyrus: mechanism, functions, and therapeutic implications" *Progress in Brain Res.* Vol. 163 pp 453-471
- Bouza C, López-Cuadrado T, Amate JM. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010 Mar-Apr;32(2):156-63
- Brizendine, Louann. "The female Brain" . Broadway Books 2006. El cerebro femenino. Traducción RBA Libros, S.A. 2008
- Brown G, Harris T. Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. London. Tavistock. 1978
- Buchanan RW, Carpenter WT : Domains of psychopathology: an approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1994;182:193-204
- Cannon Mary M.D., Ph.D., M.R.C.Psych., Peter B. Jones, M.D., Ph.D., M.R.C. Psych. and Robin M. Murray, M.D., D.Sc., F.R.C.Psych. Obstetric Complications and Schizophrenia: Historical and Meta-Analytic Review . *Am J Psychiatry* 159:1080-1092, July 2002. American Psychiatric Association
- Canuso CM, Goldstein JM, Green AI. The evaluation of women with schizophrenia. *Psychopharmacol Bull.* 1998;34(3):271-7
- Canuso CM, Pandina G. Gender and schizophrenia. *Psychopharmacol Bull.* 2007;40(4):178-90.
- Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M et al. "Quality of life and occupational domain in schizophrenia: a gender comparison" *cad Saude Publica.* 2006 Jun;22(6):1303-14. Epub 2006 May 29.
- Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in Schizophrenia. *Expert Rev Neurother.* 2010 Jul;10(7):1153-64.
- Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med.* 2006 Nov;21(11):1133-7.
- Castle DJ, Murray RM. The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia. *Psychol Med.* 1991 Aug;21(3):565-75

- Castle DJ., McGrath J., Kulkarni J. Women and schizophrenia. Cambridge University Press 2000
- Cavieres A, Valdebenito M, Cognitive function and quality of life in schizophrenia Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43 (2): 97-108
- Cutter W J, Norbury R, and Murphy DGM Oestrogen, brain function, and neuropsychiatric disorders Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry 2003;74:837-840 .
- Childers SE, Harding CM. Gender, premorbid social functioning, and long-term outcome in DSM-III schizophrenia. Schizophr Bull. 1990 ; 16(2):309-18.
- Cho JJ, Iannucci FA, Fraile M, Franco J, Alesius TN, Stefano GB The role of the estrogen in neuroprotection: implications for neurodegenerative diseases. Neuro Endocrinol Lett. 2003 Jun-Aug;24(3-4): 141-7
- Chua WL,Izquierdo de Santiago A, Kulkarni J, Mortimer A Estrógenos para la Esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida) The Cochrane Library, 2006 Issue 2.Chichester,UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Compton MT, Kelley ME, Ramsay CE, Pringle M, Goulding SM, Esterberg ML, Stewart T, Walker EF. Association of pre-onset cannabis, alcohol and tobacco use with age at onset of prodrome and age at onset of psychosis in first-episode patients. Am J Psychiatry.2009 Nov;166(11):1251-7
- De Hert M, Van Winkel R, Van Eyck D, Hanssens L, Wampers M, Scheen A, Peuskens J. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2006 Jun 27;2:14.
- De Quardo JR, Carpenter CF, Tandon R. Patterns of substance abuse in schizophrenia: nature and significance. J. Psychiatr Res 1994; 28:267-75
- De la Gándara, Jesús . “Esquizofrenia y Género”. Imp. Lomas. 2002 Astra Zeneca.
- Desviat M, et al. “Estudio epidemiológico de doble fase sobre trastornos mentales en dos poblaciones de la zona sur de Madrid” FIS 1991-1993
- DeVane CL, Stowe ZN, Donovan JL, Newport DJ, Pennell PB, Ritchie JC, Owens MJ, Wang JS. Therapeutic drug monitoring of psychoactive drugs during pregnancy in the genomic era: challenges and opportunities. J Psychopharmacol. 2006 Jul;20(4 suppl):54-9
- Donna E. Stewart.The International Consensus Statement on Women’s Mental Health and the WPA. Consensus Statement on Interpersonal Violence against women. World Psychiatry 5:1-February 2006.

- Döpfer, M., et al. 1997 Mental disturbances in children and adolescents in Germany. Results of a representative study : age, gender and rater effects. *Kinder Jugendpsychiat Psychother* 25, 218-233
- Duggal HS, Muddasani S, Keshavan MS. Insular volumes in first-episode schizophrenia: gender effect. *Schizophr Res.* 2005 Feb 1;73 (1):113-20
- Delamillieure P, Ochoa-Torres D, Vasse T, Brazo P, et al La calidad subjetiva de vida en pacientes esquizofrénicos de déficit y no de déficit. *European psychiatry* (Ed. Esp) 2005;12:454-456
- DeLisi LE, Dauphinais ID, and Hauser P. Gender differences in the brain: Are they relevant to pathogenesis of schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry* 1989 May-June 30 ( 3):197-208
- Ezcurra,J.; Gonzalez-Pinto,A.; Gutiérrez Fraile,M. : “Psiquiatría y Mujer” Ediciones Grupo Aula Médica S.L., 2006
- Faraone SV, Chen WJ, Goldstein JM, et al: Gender differences in age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 164:625-629, 1994
- Ferrando Bundío, Laura: “Salud Mental y Género en la práctica clínica”. *Ars Medica. Psiquiatría* 21. 2007
- Fink G, Sumner B, McQueen JK, Wilson H, and Rose R. Sex steroid control of mood, mental state and memory. *Clin. Exp. Pharmacol. Physio.*, 25 :764-765,1998
- Figueira ML, Ouakinin S. Gender-related endocrinological dysfunction and mental disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2010 Jul;23(4):369-72
- Flaum,M. VW Swayze 2nd, DS O'Leary, WT Yuh, JC Ehrhardt, SV Arndt and NC Andreasen. Effects of diagnosis, laterality, and gender on brain morphology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1995; 152:704-714 , 1995
- Flor - Henry P. Influence of gender in schizophrenia as related to others psychopathological syndromes. *Schizophr Bull.* 1990;16 (2):211-27
- Fors BM, Isacson D, Binglefors K, Widerlöv B. Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study. *Nord J Psychiatry.* 2007; 61(4):252-9.
- Frank, Ellen. Gender and its effects on psychopathology. American Psychiatric Press, Inc. 2000

- Fryers T. Estimation of need on the basis of case register studies: British case register date. In *Estimating Needs for mental Healch Case*. Häfner H.(ed.)1979, Berlin.
- Galdos P, Van Os J. Gender, psychopathology, and development: from puberty to early adulthood. *Schizophr Res*. 1995 Jan;14(2):105-12
- García Campayo J. El deterioro cognitivo en la esquizofrenia. Ediciones Médicas, S.L.2007
- Gasbarri A, Pompili A, D'Onofrio A, Abreu CT, Tavares MC. Working memory for emotional facial expressions: role of estrogen in humans and non-human primates. *Rev Neurosci*. 2008;19(2-3):129-48
- Gearon JS, Bellack AS. Sex differences in illness presentation, course, and level of functioning in substance-abusing schizophrenia patients *Schizophrenia Research* 43 (2000)65-70 .
- Gee L, Pearce E, Jackson M .Quality of life in schizophrenia: A grounded theory approach. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:31 doi:10.1186/1477-7525-1-
- Geddes JR, Lawrie SM Obstetric complications and schizophrenia: a meta analysis. *Br J Psychiatry* 1995;167:786-93
- Gibert Rahola J., Roca Vinardell A. Psicofármacos y género. *Salud mental y género en la práctica clínica*. Ed. Ars Medica 2007. Cap. 12 .Págs. 191-207
- Gibert Rahola J., Estrógenos y esquizofrenia. En: *Psiquiatría y mujer*. Ecurra J., González-Pinto A., Gutiérrez Fraile M. Ed. Aula médica. 2006
- Gita Sen, Asha George y Piroška Östlin Incorporar la perspectiva de Género en la Investigación en salud. Págs 23-29.OMS.
- Glenthøj BY, Mackeprang T, Svarer C, Rasmussen H. et al. "Frontal dopamine D(2/3) receptor binding in drug-naïve first-episode schizophrenic patients correlates with positive psychotic symptoms and gender" *Biol Psychiatry*. 2006 Sep 15;60(6):621-9 .
- Goldberg, T.E., Gold, J.M., Torrey, EF., Weinberger, D.R., Lack of sex differences in the neuropsychological performance of patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1995 152, 883-888
- Goldstein JM, Tsuang MT, Faraone SV. Gender and schizophrenia: implications for understanding the heterogeneity of the illness.*Psychiatry Res* 1989;28:243-53

- Goldstein JM, Tusuang MT; Flor-Henry; Lewine ,et al.;Nasrallah et al.;Gur and Gur; Josiassen et al.; Kopala and Clark, Goldstein et al.; Haas et al.; Childers and Harding; McGlashan and Berdenstein; Argermeyer et al. "Gender and Schizophrenia" Schizophrenia Bulletin (vol. 16, nº 2, 1990) Número compl
- Goldstein JM, Ph.D., Larry J. Seidman, Ph.D., Julie M. Goodman, Ph.D., Danny Koren, Ph.D., Hang Lee, Ph.D., Sandra Weintraub, Ph.D. and Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D. Are There Sex Differences in Neuropsychological Functions Among Patients With Schizophrenia? Am J Psychiatry 155:1358-1364, October 1998 ©Copyright 1998 Am Psych Association
- Goldstein JM, Faraone SV, Chen WJ, Tsuang MT. Gender and the familial risk for schizophrenia .Disentangling confounding factors. Schizophr Res1992 Jul; 7(2):135-40
- Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. Am J Psychiatry 1988; 145:684-689 Copyright © 1988 by Am Psychiatric Association Section of Psychiatric Epidemiology and Genetics, Harvard Medical School, Boston.
- Goldstein JM, Link BG. Gender and the expression of schizophrenia. Journal of Psychiatry Research 1988; 22:141-155
- Goldstein JM, Santangelo SL, Simpson JC, Tsuang MT. The role of gender in identifying subtypes of schizophrenia: a latent class analytic approach. :Schizophr Bull. 1990;16(2):263-75.
- Goldstein JM. Gender and the familial transmission of schizophrenia. En: Seeman MV (eds.). Gender and Psychopathology. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995;201-26
- Gonzalez Pablos E, Alonso del Teso F, Mínguez Martín L,Sanguino Andrés RM Deterioro cognitivo, esquizofrenia y género Anales de Psiquiatría 2004, Sept; 20 (8) :356-360
- Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? Am J Psychiatry 1996; 153:321-30
- Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia are measuring the "right stuff"? Schizophren Bull 2000;26:119-36
- Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia : implications in MATRICS. Schizophren Bull 2004;72:41-51

- Green MF, Matheson SL, Shepherd A, Weickert CS, Carr VJ. Brain - derived neurotrophic factor levels in schizophrenia: a systematic review with meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 24 Aug 2010; doi:10.1038/mp.2010.88
- Grolegger U, Novak-Grubic V. Gender, psychosis and psychotropic drugs: differences and similarities. *Psychiatr Danub*. 2010 Jun;22 (2):338-42
- Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB. Gender and schizophrenia outcome: a clinical trial of an inpatient family intervention. *Schizophr Bull* 1990; 16:277-92
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., an der Heiden, W., Stein, A., Könnecke, R., et al 1999b. Onset and prodromal phase and determinants of the course. In : Gattaz, W.F., Häfner, H. (Eds.), *Search for the causes of Schizophrenia*. Vol. IV. Balance of the Century. pp35-58
- Häfner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003 Apr; 28 Suppl 2:17-54
- Häfner H Schizophrenia: do men and women suffer from the same disease ? *Rev. Psiqu. Clín.* 29 (6):267-292, 2002 .
- Häfner H Gender differences in first episode schizophrenia SES05 .AEP Section Epidemiology & Social Psychiatry- Gender differences in major mental disorder 2005
- Halbreich U, Kahn LS. Hormonal aspects of schizophrenia : an overview. *Psychoneuroendocrinology*. 2003 Apr; 28 suppl 2:1-16
- Hanson L, Bjorkman T, Svensson B. The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the CAN instrument and results from a cross sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:285-93.
- Harrison, G., Croudace, T., Mason, P., Glazebrook, C., Medley, I., Predicting the long-term outcome of schizophrenia. *Psychol. Med.* 1996 26, 697-705
- Hayashi N, Igarashi Y, Yamashina M, Suda K. Is there a gender difference in a factorial structure of the positive and negative syndrome scale? A test by structural equation modelling. *Psychopathology*. 2002 Jan-Feb; 35 (1) :28-35
- Heaton P, Paulsen J, Mc Adams La. Neuropsychological deficits in schizophrenics: Relationship to age, chronicity and dementia. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:469-76
- Henquet C, Murria R, Linszen D, Van Os J. The environment and schizophrenia: the role cannabis use. *Schizophr Bull* 2005; 31: 60812

- Highley JR, Esiri MM, Mc-Donald B, Cortina-Borja M, Herron BM, and Crow TJ  
The size and fibre composition of the corpus callosum with respect to gender  
and schizophrenia: a post-mortem study. *Brain*, January 1999 ,Vol. 122, Nº  
1, 99-110,
- Highley JR, Esiri MM, Mc-Donald B, Roberts HC, Walker MA, Crow TJ The size  
and fiber composition of the anterior commissure with respect to gender and  
schizophrenia *Biological Psychiatry*, Vol.45,Nº 9, May 1999, pp.1120-1127  
(8) Schizophrenia Research Group, Department of Neuropathology, Oxford.
- Hiroto Ito,Toshiaki Kono, Shigenobu Ishida,and Hisao Maeda' Gender difference in  
QTc prolongation of people with mental disorders *Annals of General  
Hospital Psychiatry* 2004, 3:3 doi:10.1186/1475-2832-3-3 Published 13  
February 2004 Department of Psychiatry, Division of Neuroscience, The  
University of Tokyo, Japan.
- Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, rettenbacher MA,  
Schweigkofler H, Schwitzer J, Fleischhacker WW Evolución de los  
pacientes en la esquizofrenia I:correlates con variables sociodemográficas,  
manifestaciones psicopatológicas y efectos secundarios. *European Psychiatry*  
(Ed. Esp) 2006;13:77-85 .
- Hoff AL, Kremen WS, Wieneke M, et al. Estrogen levels are strongly associated  
whith neuropsychological performance in women with schizophrenia. *Am J  
Psychiatry* 2001;158:1134-39.
- Hollister JM, Laing P, Mednick SA Rhesus incompatibility as a risk factor  
forschizophrenia in male adults. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53 : 19-24
- Huber T.J., Schneider U., Rollnik J. Gender differences in the effect of repetitive  
transcranial magnetic stimulation in schizophrenia *Psychiatry Research* 120  
(2003) 103-105 ;
- Iacono WG, BeiserM,.Are males more likely than females to develop schizophrenia?  
*Am J Psichiatty* 1992; 149:1070-4
- Jablensky A.The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophren Res*  
1997;28:111-25
- Jablensky A. The epidemiological horizon. En : Hirsch SR, Weinberger D eds.  
*Schizophrenia*. Blackwell Publishing, 2003
- Jablensky A: Evolución y pronóstico de la Esquizofrenia. En : Gelder MG , López-  
Ibor JJ, Andreasen N: *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ed. Ars  
Médica,2003; 728-738)
- Jenkins, R., Bebbington,P.,et al 1997. The national psychiatric morbidity survey of  
Great Britain. *Psychol. Med.* 27, 765-774

- Jindal RD, Pillai AK, Mahadik SP, Eklund K, Montrose DM, Keshavan MS. Decreased BDNF in patients with antipsychotic naïve first episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 2010 Jun;119(1-3):47-51
- Kandel, D.B.,2000 Gender differences in the epidemiology of substance dependence in the United States. In: Frank, E. (Ed.). *Gender and its effects on Psychopathology*. American Psychopathological Association, Washington, DC, pp231-252
- Keenan PA, Ezzat WH, Ginsburg K, Moore GJ. Prefrontal cortex as the site of estrogen's effect on cognition. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26:577-590
- Kendler KS, Mc Guire M, Gruenberg AM, O' Hare A, Spellman m, Walsh D. The Roscommon family study I. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives . *Arch Gen Psychiatr* 1993 ;50:527-540.
- Könnecke R., Häfner H., Maurer K., Löffler W. Main risk factors for schizophrenia: increased familial loading and pre-and peri-natal complications antagonize the prospective effect of oestrogen in women. *Schizophrenia Research* Vol. 44, Issue 1, Pag 81-93 , July 2000 Schizophrenia Research Unit, Central Institute of Mental Health, J5, D-68159 Mannheim.
- Kravariti E, Morris RG, Rabe-Hesketh S, Murria RM, Frangou S: The Maudsley Early-Onset Schizophrenia Study: Cognitive function in adolescent-onset schizophrenia. *Schizophr res* 2003;65(2-3):95-103
- Kremen WS, Goldstein JM, Seidman LJ, et al. Sex differences in neuropsychological function in non-psychotic relatives of schizophrenia probands. *Psychiatr Rev* 1997;66:131-44
- Kulkarni J. Women and schizophrenia: a review. *Aust NZJ Psychiatry*.1997 Feb; 31(1):46-56
- Kulkarni J., de Castella A., Taffe J., Burger H., Reidel, A. Clinical estrogen trials in patients whith schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiatry* 12 (suppl.1) 1999, 184-185
- Kulkarni J. Special issues in managing long-term mental illness in women. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(2):183-90
- Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB. The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:366-75.
- LaTorre RA. Schizophrenia, in sex roles and psychopathology. Edited by widon DS. New York, Plenum,1984.



- Lee HS, Kim SH, Lee Hj, Kim L, Lee SK, Jang DW et al. “ Gender-specific molecular heterosis of dopamine D2 receptor gene (DRD2) for smoking in schizophrenia” *Am J Med Genet.* 2002 Aug 8;114 (6): 593-7.
- Lee HC, Lin HC. Are psychiatrist characteristics associated with postdischarge suicide of schizophrenia patients? *Schizophr Bull.*2009 Jul;35(4):760-5
- Leung A, Chue P. Sex differences in Schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000, Supl 101(Supplementum n° 401):3-38,
- Lewine R . Sex and gender in Schizophrenia    *Schizopr Bull.* 2004;30 (4):755-62  
Department of Psychological Brain Sciences. University of Louisville USA
- Lewine RR, Thurston-Snoha BJ, Ardery R. “Sex, gender, and neuropsychological functioning in schizophrenia” *J Clin Exp Neuropsychol.* 2006Nov; 28(8):1362-72
- Lieberman JA: Estadios iniciales de la Esquizofrenia. En: Zipursky RB, Schullz SC, : Estadios iniciales de la Esq. Barcelona: Ed. Ars Médica, 2003;55-79
- Liederman EA, Strejilevich SA : Visuospatial deficits in Schizophrenia: central executive and memory subsystems impairments. *Schizophr Res* 2004;68(2-3):217-223
- Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ , McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *Clin Psychiatry*, 1999 jan ; 60 (1):61-7 .Department of Psychiatry, University of California, San Diego VA Medical Center, 92161, USA
- Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, Jeste DV. Gender, estrogen, and schizophrenia. 2004 *Focus* 2:138-145 American Psychiatric Association.
- Lindamer LA, Ph.D., Anne Bailey, M.S., William Hawthorne, Ph.D., David P. Folsom, M.D., Todd P. Gilmer, Ph.D., Piedad Garcia, Ed.D., Richard L. Hough , Ph.D. and Dilip V. Jeste, M.D. Gender differences in characteristics and service use of public mental health patients with schizophrenia *Psychiatr Serv* 54:1407-1409, October 2003 American Psychiatric Association.
- Mc Glashan TH, Bardenstein KK. Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1990;16:319-29
- McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, McCauley Cl,Chant D, A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrat status and methodology. *BMJ Medicine* 2004;2:13 doi:10.1186/1741-7015-2-13 .

- McGrath J.J., Hearle J., Jenner L., Plant K., Drummond A.& Barkla J.M. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999;99,441-6
- Mackin P, Bishop D, Watkinson H, Gallagher P, Ferrier IN. Metabolic disease and cardiovascular risk in people treated with antipsychotics in the community. *Br J Psychiatry.* 2007 Jul;191:23-9.
- Mc Mauri, LS Volonteri, IF De Gaspari, A Colasanti, MA Brambilla and L Cerruti. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006,2:4 doi:10.1186/1745-0179-2-4 Published 23 March 2006 Clinical Psychiatry, Neuropsychopharmacology Unit. University of Milan, Italy.
- McNamara RK, Jandacek R, Rider T, Tso P, Hahn CG, Richtand NM, Stanford KE. "Abnormalities in the fatty acid composition of the post-mortem orbitofrontal cortex of schizophrenic patients: gender differences and partial normalization with antipsychotic medications" *Schizophr Res.* 2007 Mar; 91(1-3):37-50
- McWilliams S, Hill S, Mannion N, Kinsella A, O'callaghan E. "Caregiver psychoeducation for schizophrenia: Is gender important?" *Eur psychiatry* 2007 Apr 12. Detect Early Intervention in Psychosis Service, Research. Dublin, Ireland
- Mellios N, Galdzicka M, Ginns E, Baker SP, Rogaev E, Xu J, Akbarian S. Gender-specific reduction of estrogen-sensitive small RNA, miR-30b, in subjects with Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010 Aug 23. doi:10.1093/schbul/sbq091
- Milliken PJ. Disenfranchised mothers: caring for an adult child with schizophrenia. *Health Care Women Int.* 2001 Jan-Feb;22 (1-2):149-66 .
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2005. Observatorio de la Mujer 2007.
- Mitter P, Reeves, Romero-Rubiales F, Bell P, Stewart R, Howard R. "Migrant status, age, gender and social isolation in very late-onset schizophrenia-like psychosis" *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Nov;20(11):1046-51 .
- Mohammed S, Paulsen JS, O'Leary D, Arndt S, Andreasen N. Generalized cognitive deficits in schizophrenia: a study of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:749-54
- Moldin, S.O., Gender and Schizophrenia. An Overview. In: Gender and its effects on psychopathology. Ellen Frank (Ed.) 2005 Chap. 9, pp 169-186 American Psychiatric Press.

- Molina V, Sanz J, Sarramea F, Misiego JM, Benito C, Palomo T. Asociación entre mayor cantidad de líquido cefalorraquídeo frontal y duración de la enfermedad en varones pero no en mujeres con Esquizofrenia. *European Psychiatry (Ed. Esp.)* 2005 ;12:439-445
- Möller HJ, Jäger M, Riedel M, Obermeier M, Strauss A, Bottlender R. The Munich 15-year follow-up study (MUFUSSAD) on first-hospitalized patients with schizophrenic or affective disorders: comparison psychopathological and psychosocial course and outcome and prediction of chronicity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2010 Aug; 260(5):367-84
- Morgan VA, Castle DJ, Jablensky AV. Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008 Jan;42(1):74-82.
- Moriarty PJ, Lieber D, Bennett A, White L, Parrella M, Harvey PD, y cols. Gender differences in poor outcome patients with lifelong schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2001;27:103-113.
- Morrow, A.L., Recent developments in the significance and therapeutic relevance of neuroactive steroids. *Pharm Ther* 2007 ,116:1-6
- Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 1993;163:183-9.
- Mortensen PB, Pedersen CB, Hougaard DM, Norgaard-Petersen B, Mors O, Borghlum AD, Yolken RH. A Danish National Birth Cohort study of maternal HSV-2 antibodies as a risk factor for schizophrenia in their offspring. *Schizophrenia Res.* 2010 Jun 30
- Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, Wade JH. Gender, social competence, and symptomatology in schizophrenia: a longitudinal analysis. *J Abnorm Psychol.* 1990 May;99(2):138-47
- Muñoz PE. Epidemiología y asistencia psiquiátrica: La identificación de necesidades. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1981; 9,4:283-302.
- Muñoz PE, Crespo MD. Análisis de los determinantes de la demanda de asistencia psiquiátrica en una muestra de población general. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1981; 9:189-212.
- Muñoz, P.E. Vulnerabilidad psiquiátrica en la mujer. *Anuario psiquiátrico* Vol.1(1990):175-192.
- Naqvi H, Khan MM, Faizi A. Gender differences in age at onset of schizophrenia. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005 Jun;15 (6):345-8

- Nasser EH, Walders N, Jenkins JH. The experience of schizophrenia: what's gender got to do with it? A critical review of the current status of research on schizophrenia.: Schizophr Bull. 2002; 28(2):351-62.
- Ochoa S, Usall J, Haro JM, Araya S, Autonell J, Busquets E, Gost A, Grupo NEDES Estudio comparativo de las necesidades de pacientes con esquizofrenia en función del Género Acta Esp psiquiatr 2001, Mayo-Jun; 29(3) :165-71
- OMS. Departamento de Información Pública. Género y salud mental de las mujeres. Naciones Unidas 2005.
- OMS. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género, 2005
- OMS. Informe de salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001
- Opler LA, White L, Caton CL, Domínguez B, Hirshfield S, Shrout PE Gender differences in the relationship of homelessness to symptom severity, substance abuse, and neuroleptic noncompliance in Schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 2001 Jul; 189 (7): 449-56 .
- Östlin, Pironska; Sen, Gita. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Institute Karolinska, 2007.
- Palmer CGS, Turunen JA, Sinsheimer JS, Minassian S , Paunio T, Lonnqvist J, et al. RDH maternal-fetal genotype incompatibility increases schizophrenia susceptibility. Am J Hum Gen 2002; 71:1312-9
- Parellada E., Bernardo M. Neuroimagen, retos ante el nuevo siglo, "Neuroimagen funcional en la esquizofrenia" I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 ; Conferencia 16-CI-A: [27 pantallas]. Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia Hospital Clínic i Universitari de Barcelona .
- Parellada E., Lomeña F., Mateos JJ., Fernández-Egea E., Bernardo M. Esquizofrenia y sexo: ¿existen diferencias del sistema dopaminérgico asociadas al sexo? En: Psiquiatría y mujer. Ecurra J., González-Pinto A., Gutiérrez Fraile M. Ed. Aula médica. 2006
- Peralta V, de León J, Cuesta MJ: Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1991; 84:336-339
- Perellada M., Álvarez D., Moreno D., Burdalo M., Laita P., Mayoral M., Zabala A., Reig S., Desco M., Arango C. Diferencias de género en psicosis de inicio temprano. En: Psiquiatría y mujer. Ecurra J., González-Pinto A., Gutiérrez Fraile M. Ed. Aula médica. 2006

- Perlick D, Mattis S, Stastny P, teresi J. Gender differences in cognition in schizophrenia Schizophr Res.1992 Oct;8 (1):69-73
- Pinals DA, Malhotra AK, Mizar CD, Picar D, Breier A. Lack of gender differences in neuroleptic response in patients with schizophrenia Schizophr Res. 1996 Dec 15;22 (3):215-22. Review
- Polo Usaola C. Vulnerabilidad psicosocial y género. En Salud mental y género en la práctica clínica. Jerónimo Sáiz. Laura Ferrando. Ed. Ars Medica .2007
- Pregelj P.Neurobiological aspects of psychosis and gender. Psychiatr Danub 2009 Sep;21 Suppl 1:128-31
- Preti A. Complicaciones Obstétricas, genética y esquizofrenia European Psychiatry (Ed. Esp.) 2005;12:457
- Preti A, Miotto P, Genetics, perinatal insult, and schizophrenia. The mechanism underlying an increased prevalence of perinatal complications among individuals with a diagnosis of schizophrenia? Current Psychiatric Rev 2005;1 (in press)
- Procopio M, Davies RJE, Marriott P. The hormonal environment in utero as a potential aetiological agent for schizophrenia European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Vol.256, N 2 /March,2006, pg.77-81
- Rao ML, Kösch H. Effects of estrogen on brain development and neuroprotection-implications for negative symptoms in schizophrenia. Psychoneuroendocrinology 2003; 28:83-96
- Rasanen S, Veijola J, Hakko H, Joukamaa M, Isohanni M. Gender differences in incidence and age at onset of DSM-III-R schizophrenia. Preliminary results of the Northern Finland 1966 birth cohort study.Schizophr Res. 1999 May 25;37(2):1997-8
- Reeves S, Steward R, Howard R. Service contact and psychopathology in very-late-onset schizophrenia-like psychosis: the effects of gender and ethnicity. Int J Geriatr Psychiatry. 2002 May;17(5):473-9 .
- Reverté R., Baeza I. Edad de inicio de enfermedad psicótica y sexo. En: Psiquiatría y mujer.Escurra J, González-Pinto A,Gutiérrez Fraile M.Ed.Aula médica2006
- Riecher A, Maurer K, Löffler W, et al . Gender differences in age at onset and course of schizophrenia disorders, in Search for the Causes of Schizophrenia. Edited by Häfner H, Gattaz WF. New York; Springer-Verlag, 1991, pp 14-33
- Riecher-Rössler A, Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bringing the borderbetween social and biological psychiatry. Acta Psychiatr Scand 2000;102 (Suppl. 407):58-62

- Riecher-Rössler A. Early detection of schizophrenic psychoses in men and women. *Ther Umsch.* 2007 Jun;64(6):337-43
- Reichhart T, Pitschel-Walz G, Kissling W, Bäuml J, Schuster T, Rummel-Kluge C. Gender differences in patient and caregiver psychoeducation for schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2010 Jan;25(1):39-46.
- Röder-Wanner UU, Priebe S. Schizophrenia and quality of life sex specific aspects. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1995 Oct;63(10):393-401
- Rodríguez M, Frías R, Barroso R. Doble jornada de trabajo femenina y efectos negativos de tipo psicológico. *Psicología-online.com*
- Rodriguez-Sanz, Maica; Carrillo, Paloma; Borrell, Carme Desigualdades sociales en la salud , los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA. 1993-2003. Madrid: Observatorio de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo;2005.
- Rohfs, Izabella; Borrell, Carme; Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac. Sanit* 2000;14(Supl 3):60-71.
- Roy MA, Maziade M, Labbé A, Mèrette Ch. Male gender is associated with deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 47(2001) 141-147.
- Rund BR. A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophren Bull* 1998; 24:425-35
- Rupprecht, R., Neuroactive steroids: mechanisms of action and neuropsychopharmacological properties. *Psychoneuroendocrinology* 2003 28, 139-168
- Slade M, Beck A, Bindman J, Thornicroft G, Wringht S. Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HONOS. *Br J Psychiatry* 1999;174:404-8
- Saiz Ruiz J., Ferrando Bundío L. Salud mental y género en la práctica clínica. Ed. *Ars Medica.* 2007.
- Safont G., Gozalo L., Simón O., Garriga M., Balagué A., Soler P.A., Bernardo M. Maternidad en la esquizofrenia: una realidad ignorada. Hospital Universitari Mútua Terrassa. PO-510-ES. CNP 2010.
- Sajatovic M, Jenkins JH, Strauss ME, Butt ZA, Carpenter E. Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia". *Psychiatr Serv.* 2005 Jan; 56(1): 96-98

- Sajatovic M, Sultana D, Bingham CR, Buckley P, Donenwirth K. "Gender related differences in clinical characteristics and hospital based resource utilization among older adults with schizophrenia" *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002 Jun;17 (6):542-8 .
- Salem, Jim E. and Kring, Ann M. The role of gender differences in the reduction of etiologic heterogeneity . *Schizophrenia Clinical Psychology Review*, 1998; 18 (7):795-819.
- Salokangas RK, Honkonen T, Saarinen S. Women have later onset than men in Schizophrenia - but only in its paranoid form. Results of the DSP project *Eur Psychiatry*. 2003 Oct; 18(6):274-81.
- Salokangas RK, Stengard E. Gender and short-term outcome in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1999 Oct-Dec; 3 (5-6):333-45.
- Salokangas RK. Gender and the use of neuroleptics in schizophrenia *Scizophr Res*. 2004 Jan 1;66 (1):41-9
- Salokangas RK, Honkonen T, Stengård E, Koivisto AM, Hietala J. Cigarette smoking in long-term schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2006 Jun;21(4):219-23.
- Sanderson K, Measuring disability from mental disorders using generic instruments [siicsalud.com/des/des036/04126002.htm](http://siicsalud.com/des/des036/04126002.htm) Centre for health Research, School of Public Health. Queensland University of Technology, Australia.
- Sartorius N, Jablensky A, , Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med* 1986;16:909-28
- Schüle C, Romeo, E, et al. Influence of mirtazapina on plasma concentrations of neuroactive steroids in major depression and on 3alpha-hydroxysteroid dehydrogenase activity. *Mol Psychiatry* 2006 11,261-272
- Schumacher, M., Guennoun, R., Ghoumari, A., Massaad, C., et al .Novel perspectives for progesterone in hormone replacement therapy, with special reference to the nervous system. *Endocr Rev* 2007 28 : 387-439.
- Schumacher M, Guennoun R, Stein D.G, De Nicola A.F. Progesterone: therapeutic opportunities for neuroprotection and myelin repair". *Pharmacol Ther* 2007; 116 : 77-106
- Schwartz BL, Howard DV, Howard JH Jr, Hovaguimian A, Deutch SI: Implicit Learning of visuospatial sequences in schizophrenia. *Neuropsychology* 2003; 17 (3):517-533

- Scully PJ, Coakley G, Kinsella A, Waddington JL. Executive (frontal) dysfunction and negative symptoms in Schizophrenia: apparent gender differences in “static” vs “progressive” profiles. *The British Journal of Psychiatrists*. Stanley Research Unit, St. Davner’s Hospital, Ireland.
- Scully PJ, Quinn JF, Morgan MG, Kinsella A, O’Callaghan E, Owens JM, Waddington JL. First-episode schizophrenia, bipolar disorder and other Psychoses in a rural Irish catchment area: incidence and gender in the Cavan-Monaghan study at 5 years. *Br J Psychiatry Suppl*. 2002 Sep; 43:s3-9.
- Scully PJ, Owens JM, Kinsella A, Waddington JL. Schizophrenia, schzoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: small area variation in rate. *Schizophrenia Research*. 67, 143-155
- Segarra R, Eguíluz I, Gutiérrez M: El ajuste premórbido como factor pronóstico del curso evolutivo de los primeros episodios psicóticos esquizofrénicos. En Ojeda N, Ezcurra J, Gutierrez Fraile M. : *Neurocognición en Esquizofrenia*. Ed. Aula Médica, 2006; 4: 47-68).
- Seeman Mary V., M.D. Gender Differences in the Prescribing of Antipsychotic Drugs *Am J Psychiatry* 161:1324-1333, August 2004. APA 2004.
- Seeman MV, Lang M. The role of estrogens in schizophrenia gender differences: *Schizophr Bull*. 1990;16(2):185-94 Dept. of Psychiatry, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario, Canada.
- Seeman M. V., Interaction of sex, age and neuroleptic dose. *Compr. Psychiatry* 1983 24, 125-128
- Seeman M.V., Neuroleptic prescription for men and women. *Social Pharmacol*. 1989b 3, 219-236
- Seeman M.V. Women and schizophrenia. *Medscape Womens Health*. 2000 Mar; 5(2):2
- Seeman M.V., Secondary Effects of Antipsychotics: Women at Greater Risk Than Men. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 35:937-948.
- Sham P., Jones P., Russell A. et al. Age at onset, sex, and familial psychiatric morbidity in schizophrenia: Camberwell collaborative psychosis study. *Br. J. Psychiatry*, 1994; 165:466-473
- Sharma T, Hughes C, Soni W, Kumari w: Cognitive effects of Olanzapine and Clozapine treatment in chronic schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 2003; 169(3-4):398-403
- Shankar R, kamath S, Joseph AA. Gender differences in disability: a comparison of married patients with schizophrenia *Schizophr Res*. 1995 Jul; 16(1):17-23



- Shtasel DL, Gur RE, Gallacher F, Heimberg C, Gur RC Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr Res.* 1992 Sep;7(3):225-31
- Steingart R., Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gesh B. Sex differences in the management of coronary heart disease. *N Eng J Med* 1991; 325 : 226-30
- Stewart R, Soremekun M, Perera G, Broadbent M, Callard F, Denis M, Hotopf M, Thornicroft G, Lovestone S. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLAM BRC) case register: development and descriptive data. *BMC Psychiatry.*2009 Aug 12;9:51
- Stotland NL. La mujer en la psiquiatría. En: Hales RE, Yudofsky JA, editores.Talbott.Tratado de Psiquiatría. Ancora. 1996
- Strous RD, Maayan R, Lapidus R, Goredetsky I, Zeldich E, Kotler M, Weizman A. "Increased circulatory dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone-sulphate in first-episode schizophrenia: relationship to gender, aggression and symptomatology." *Schizophr Res.* 2004 Dec 1;71(2-3): 427-34.
- Suhail K. "Phenomenology of delusions in Pakistani patients: effect of gender and social class". *Psychopathology* 2003 Jul-Aug; 36 (4):195-9.
- Surtees PG,Dean C,Ingham JG, Kreitman NB, Miller P, Sashidharan SP. Psychiatric Disorder in women from an Edinburgh Community: Association with demographic factors. *Br J Psychiatr* 1983; 142:238-46
- Szymanski S,Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff D, Loebel A, Geisler S, Chakos M, Koren A , D Jody and J Kane Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients . *Am J Psychiatry* 1995; 152:698-703 .
- Takahashi S, Matsuura M,Tanabe E, Yara K, Nonaka K, Fukura Y, Kikuchi M, Kojima T Age at onset of schizophrenia:gender differences and influence of temporal socioeconomic change. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000 Apr; 54 (2):153-6 .
- Tamminga CA Gender and schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 1997; 58 Suppl 15:33-7 Maryland Psychiatric Research Center, USA.
- Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "Just the Facts" What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res.* 2008 May 29.
- Tang YL, Gillespie CF, Epstein MP, Mao PX, Jiang F, Chen Q, Cai ZJ, Mitchell PB. Gender differences in 542 Chinese inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007 Dec;97(1-3):88-96.

- Thara R, Kamath S, Kumar S. "Women with schizophrenia and broken marriages- doubly disadvantaged? Part I: patient perspective". *Int J Soc Psychiatry* 2003 Sep;49 (3):225-32.
- Thara R, Rajkumar S. Gender differences in schizophrenia. Results of a follow-up study from India. *Schizophr Res.* 1992 Apr;7(1):65-70
- Thornicroft G, Leese M, Tansella M, Howard L, Toulmin H, Herran A, Schene A. Gender differences in living with schizophrenia. A cross-sectorial European multi-site study. *Schizophr Res.* 2002 Oct 1;57(2-3):191-200 .
- Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, Jorgensen P, Nordentoft M. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish O P U S study. *J Nerv Ment Dis.* 2008 Feb;196(2):171-2
- Turetsky BI, Colbath EA, Gur RE. P 300 event-related brain potential (ERP) in patients with Schizophrenia *Biological Psychiatry*, Vol. 43, Issue 2, 15 January 1998, Pag 84 - 96 .
- Turetsky BI, Glass CA, Abbazia J, et al. Reduced posterior nasal cavity volume: A gender - specific neurodevelopmental abnormality in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2007 Apr 10;
- Torgalsboen AK. Full recovery from schizophrenia: the prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender. *Psychiatry Res.* 1999 Nov 8;88(2):143-52.
- Ueland T, Oie M, Inge Landro N, Rund BR: Cognitive functioning in adolescents with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2004;126(3):229-239
- Unger, Rhoda Kesler: *Female and Male: Psychological perspectives*. Harper & Row , Publishers, Inc. 1979
- Usall J, Busquets E, Araya S , Ochoa S, y Gost A. Diferencias de Género en la Esquizofrenia . Una revisión de la literatura. *Actas Esp psiquiatr* 2000; 28(3):178-185.
- Usall J, Araya S, Ochoa S, Busquets E, Gost A, Márquez M,; and the Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES) Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry* Vol 42, Issue: 4, July, 2001, pp. 301-305
- Usall J, Ochoa S, Araya S, Gost A, Busquets E, y grupo NEDES. Sintomatología y género en la Esquizofrenia *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28 (4):219-223 .

- Usall J, Haro JM, Ochoa S, Márquez M, Araya S, The Needes Group. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:337-342
- Usall J, Ochoa S, Araya S, Márquez M, NEDES group Gender differences and outcome in schizophrenia: a 2-years follow-up study in a large community sample. *European Psychiatry* 18 (2003) 282-284.
- Usall i Rodié J. Sex and brain: morphological and functional differences between women and men. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002 May-Jun;30(3):189-94
- Usall i Rodié Judith Psicofarmacología sensible al sexo: su influencia en el tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos *Actas Españolas de psiquiatría* 2004; 32 (5), 307-313.
- Usall J, Suarez D, Haro JM; SOHO Study Group. Gender differences in response to antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007 Dec 3;153(3):225-31.
- Vahía,I.V., Palmer,B.W., Depp,C., Fellows,I.,Golshan,S., Kraemer,H.C., Jeste,DV. 2010 . Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01552.x.
- Valls Llobet, Carme.: “Mujeres Invisibles” Debolsillo 2006.
- Van Os J, Fahy T, BebbingtonP,Jones P, Wilkins S, Sham P: The influence of life events on the subsequent course of psychotic illness. *Psicol Med* 1994; 24:503-513)
- Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menéndez Arango J, et al. A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med* 1987;17:227-41
- Veen ND, Selten JP, Van derTweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS Cannabis useand age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:501-06
- Velasco Arias, S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008
- Velasco Arias, S. Evolución de los enfoques de género en salud. Material docente del Diploma de especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad. Obsevatorio de Salud de la Mujer . Madrid, 2006.
- Verdoux H, Van Os J, Sham P, Jones P, Gilvarry Kmurray RM : Does familiarity predispose to both emergence and persistence of psicosis ? A prospective study. *Br J Psychiatr* 1995; 168:620-626)

- Verdoux H, Geddes JR, Takei N, Lawrie SM, Bovet P, Eagles JM, Heun R, McCreadie RG, McNeil TF, O'Callaghan E, Stober G, Willinger MU, Wrigand P, Murray RM. Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: an international collaborative meta-analysis of individual patient data. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1220-1227 Copyright © 1997 by American Psychiatric Association .
- Walshe M, McDonald C, Taylor M, Zhao J, Sham P, Grech A, et al. Obstetric complications in patients with schizophrenia and their unaffected siblings. *Eur Psychiatry* 2005;20:28-34
- Warner R., de Girolamo G. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Esquizofrenia. OMS 1995 Ed. Meditor
- Watkins KE, Shaner A, Sullivan G. The role of gender in engaging the dually diagnosed in treatment. *Community Ment Health J.* 1999 Apr;35(2):115-26
- Wayne Hall. Cannabis use and psychotic symptoms *The Lancet* Jan 21-Jan 27,2006. Vol.367,Iss 9506; pg.193,3 .
- Weiser M, Reichenberg A, Rabinowitz J, Kaplan Z,Mark M,Nahon D, Davidson M, Gender differences in premorbid cognitive performance in a national cohort of schizophrenic patients. *Schizophr Res.* 2000 Oct 27;45(3):185-90
- Youseff HA, Kinsella A,Waddington JL,. Evidence for geographical variations in the prevalence of schizophrenia in rural Ireland. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ;48:254-8
- Zhang XY, Chen da C, Qi L, Kosten TA, Kosten TR. Gender differences in the prevalence, risk and clinical correlates of tardive dyskinesia in chinese schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 2009 Sep;205(4):647-54

## 10. ANEXOS

### 10.1 CUESTIONARIO RECOGIDA DE DATOS Y VARIABLES

### 10.2 TABLAS Y GRÁFICOS DE CONSULTA INCLUIDOS

- Tabla 1 : El cerebro femenino: características.
- Tabla 2 : El cerebro femenino: Fases de la vida de la mujer.
- Tabla 41b: Número y proporción de intentos de suicidio que necesitaron hospitalización, por edad y sexo. 2005.Comunidad de Madrid.
- Tabla 222: Varones y mujeres en la población total en España. Evolución 2000-2006. Instituto Nacional de Estadística INE
- Tabla 223: Distribución porcentual de la población de España por grupos de edad y sexo 2006. INE
- Tabla 224: Evolución del movimiento natural de la población de España según sexo. Periodo 2000-2006. INE.
- Tabla 225: Enfermedades diagnosticadas % de población por sexo. INE
- Tabla 226: Defunciones según principales causas de muerte. 2006. INE
- Tabla 227: Personas que fuman diariamente % por grupo de edad. INE.
- Tabla 228: Tasa de fecundidad en población de España (por 1000 mujeres) por grupos de edad 2000-2006. INE.
- Tabla 229: Edad media a la maternidad en población española. Periodo 1980-2006. INE.
- Tabla 230: Distribución porcentual Interrupción Voluntaria de Embarazo Embarazo según estado civil de la madre. Año 2006. INE.
- Tabla 231: Edad media al matrimonio según sexo. Años 1980-2006.INE.
- Tabla 232: Disoluciones matrimoniales según sexo y edad media de los cónyuges. Año 2006. INE.
- Tabla 233: Familias monoparentales por sexo de la persona.2006. INE.

Gráfico 1 : Evolución de la esquizofrenia a largo plazo.

### 10.3 OTROS:

- 3.1-Tabla diagnóstico psiquiátrico con el que debutan las pacientes.
- 3.2-Tabla recogida de evolución diagnóstica de cada caso.
- 3.3-Tabla intervenciones quirúrgicas y otros antecedentes ginecológicos.
- 3.4-Tabla datos personalidad previa recogidos en la Hª clínica x paciente.
- 3.5-Tabla resumen factores de estrés detallados en la Hª clínica x paciente



IDENTIFICACIÓN : INICIALES \_\_\_\_\_

Nº de Hª CLÍNICA \_\_\_\_\_

SEXO: 1) M

**I) SOCIODEMOGRÁFICAS****-EDAD:** \_\_\_\_\_

( Calcular restando a fecha de recogida de datos la fecha de nacimiento)

**-ZONA :** 1) ALC. 2) S.S.DE LOS REYES 3) Z.RURAL (PUEBLOS) 4) ND**-ESTADO CIVIL :** 1) SOLTERO 2) CASADO 3) VIUDO 4) SEPAR/ DIVORC 5) ND**-CONVIVENCIA:** 1) SOLO 2) PADRES 3) CÓN.Y. 4) CONY.+HIJOS 5) OTROS FAM.  
6) RESID./INSTITUC. 5) ND**-NIVEL EDUCAT. :** 1) ANALFABETO 4) F.P.  
(Estudios) 2) PRIMARIOS 5) UNIVERSITARIOS  
3) BACHILLER 6) ND**-OCUPACIÓN (N. SOCIOECONÓMICO):** Cerrar extrayendo datos de la variable original *ocupación y hacer la transformación siguiente:*

- 1) EMPRESARIOS/ DIRECTIVOS / PROFESIONALES INDEPENDIENTES
- 2) TÉCNICOS GRADO MEDIO/ PROFES. INTERMEDIAS./ MILITARES
- 3) ADMINISTRATIVOS / DEPENDIENTES DE COMERCIO
- 4) OBRERO CUALIFICADO
- 5) OBRERO NO CUALIFICADO
- 6) AMA DE CASA
- 7) ESTUDIANTE
- 8) ND

**7-SITUACIÓN LABORAL:** 1) TRABAJANDO /ACTIVO 5) AMA DE CASA  
2) PARADO 6) JUBILADO/ PENSIONISTA  
3) IL TRANSITORIA 7) ND  
4) IL PERMANENTE**II) CLÍNICAS****-EDAD INICIO de la Enf. :** definida como edad inicio síntomas psicóticos (DEFINED AS AGE AT ONSET OF GROSS PSYCHOTIC SYMPTOMS)**-AÑOS DE EVOLUCIÓN:** \_\_\_\_\_**-EDAD PRIMER CONTACTO EN EL CSM :**

(Restamos a fecha consulta la fecha de nacimiento.)

**-AÑOS TTO EN EL CSM:**

(Restando de la fecha primera consulta la de la última consulta)

**FECHA PRIMERA CONST./ASISTENCIA (EN LOS SSM) :** .....**FECHA ÚLTIMA ASISTENCIA (EN LOS SSM) :** .....**-FECHA PRIMER INGRESO HOSPITALARIO :** **EDAD 1º ING. :** \_\_\_\_\_**-Nº DE INGRESOS:** 1) CERO 2) \_\_\_\_\_ 3) NO DATOS**-Nº DE RECAIDAS CON TTO A NIVEL AMBULATORIO :**

(Crisis o reagudización que haya requerido aumento de tto farm. y/o aumento del nº o frecuencia de las citas. Si requirió ingreso Hosp.. se contabilizará dentro del nº de ingresos)

**-INGRESOS INVOLUNT.:** 1) SI 2) NO 3) ND**- INTENTOS DE SUICIDIO:** 1) SI 2) NO 3) ND**-EPISODIOS AGRESIVIDAD FÍSICA :** 1) SI 2) NO 3) ND**-PROBLEMAS JUDICIALES (DE CUALQUIER TIPO) :** 1) SI 2) NO 3) ND**-CONSUMO EXCESIVO HABITUAL (C.E.H) (según OMS) / EPISODIOS ABUSO (E.A) DE:**Al lado de la sustancia se pondrá C.E.H o E.A. : Todos 1 (SI) 2 (NO) 3 (ND)**- ALCOHOL :** \_\_\_\_\_**- TABACO :** \_\_\_\_\_**- DROGAS :** 1) CANNABIS 2) COCAÍNA 3) OPIOIDES 4) ANFET. 5) OTROS

- JUEGO (Máquinas,bingo....) 1)SI 2)NO 3) N  
 -TIPO INICIO ENFERMEDAD: 1) AGUDO 2) SUBAGUDO 3)ND  
 -INICIO CON ESTRESORES : 1 (SI) 2 (NO) 3(ND)  
 -INICIO CON DROGAS : 1 (SI) 2 (NO) 3(ND)  
 -CONCIENCIA DE ENFERMEDAD: 1)SI 2) NO 3) RELATIVA  
 -ANTECED. OBSTÉTRICOS: 1) SI 2)NO 3) ND  
 -ANTECED. FAM. ENF. MENTAL: : 1) SI 2)NO 3) ND Puede señalarse : Afectivos o Psicosis .....  
 A) PRIMER GRADO (Pds, Hnos, ) .....  
 B) SEGUNDO GRADO (Abuelos, tíos, .....)

**-Hª GINECOLÓGICA:**

-Edad Menarquia \_\_\_\_\_-Edad Menopausia \_\_\_\_\_-Nº Partos \_\_\_\_\_-Nº Abortos \_\_\_\_\_  
 -IQ\_\_\_\_\_ Poner 1 (SI) 2 (NO) 3(ND) y especificar la IQ realizada :  
 \_\_\_\_\_

- ENF. SOMÁTICAS: -METABÓLICAS 1)ObesidaD 2)Diabetes ID 3)Diabetes NID 4)Hipercolester.  
 5) Hipertriglic. 6)Hipotiroid. 7)Hipertiroid 8)Otras..... 9)ND  
 -CARDIOVASCULARES 1) HTA 2) IAM 3)Arritmias/bloqueos 4)Card.Isquémica  
 6) Insufic. Cardíaca 7)Otras .....8)ND  
 -NEUROLÓGICAS : 1)SEP 2)Acatisia 3) Disquinesia Tardía (mov orolinguales...)  
 7) Parkinsonismo 8)Otras..... 9)ND  
 -OTRAS .....

- TRATAMIENTO AMBULAT. : En todas poner : (ND)  
 - N° PSQ.DISTINTOS (en el CSM)..... - N° PSICOLG..... - N° D.U.E. ....  
 - T.S. .... - T.O. .... -INCLUIDO EN PROG. REHAB.: SI NO

**-ADHERENCIA: -A LA MEDICACIÓN :**

-A OTROS TTOS (Citas , Rehabilit., grupos....) : 1)SI 2)NO

- FÁRMACOS : -NL ORALES: 1) SOLO TIPICOS 2)SOLO ATÍPICOS 3) AMBOS (TPC+ATPC)  
 -NL DEPOT:\_\_\_\_\_1)SOLO 2)CON NL ORAL  
 -BZD:\_\_\_\_\_1)SI 2)NO 51- ANTICOLINÉRGICOS \_\_\_\_\_1)SI 2) NO  
 -OTROS \_\_\_\_\_1)AD 2)ANTICOMICIALES 3)OTROS

-TTO ACTUAL: 1)UNSOLO FÁRM. 2) DOS 3)TRES 4) CUATRO 5)CINCO 6)SEIS O MÁS

-TIEMPO CON ÚLTIMO TTO.: Restar a la fecha de obtención datos la fecha en que se instauró

-INCAPACITACIÓN LEGAL: 1) SI (fecha\_\_\_\_\_) 2)NO 3)En tramites 4)ND

-RASGOS PERSONALIDAD PREVIA: 1)\_\_\_\_\_ o 2) ND  
 (Especificar los rasgos recogidos en la Hª.) \_\_\_\_\_

**III) SOCIALES**

- ENTORNO: variables cualitativas continuas de cinco opc.  
 -FAMILIAR: 1)Buen apoyo 2) Escaso apoyo 3)Ningún apoyo 4)Ningún contacto 5) ND  
 -SOCIAL : 1) Buen apoyo social 2)Esporádicos contactos sociales 3)Tiene Ayuda de S.S.  
 (visitas dom. , aux.hogar, voluntariado....) 4)Ningún apoyo ni ayuda 5) ND  
 -VALORES : En todas codificar 1)SI o 2)ND

-RELIGIOSOS - ESTÉTICOS -ECONÓMICOS -POLÍTICOS

-PERTENENCIA A GRUPOS SOCIALES : En todas codificar 1)SI o 2)ND  
 -ONG -MUSICAL, CORO -ASOCIACIÓN (vec.,enfermos ,religiosa..)

-ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (recogidos Escala A.V.)  
 En ambas codificar 1)SI 2)NO 3) ND

- IMP. RELACIONADOS CON RECAÍDAS (que constan en los informes o Hª clínica como tales:  
 fallecimiento hijos, marido o padres., accidentes....)

- EN EL ÚLTIMO AÑO:.....



**Tabla 1:** El cerebro femenino. The female Brain 2006. Louann Brizendine.  
Traducción RBA Libros, S.A. Barcelona 2008

## EL CEREBRO FEMENINO

**CÓRTEX CINGULADO ANTERIOR (CCA):** Sopesa las opciones, toma decisiones. Es el centro de las preocupaciones menores , es mayor en las mujeres que en los hombres.

**CÓRTEX PREFRONTAL (CPF) :** Gobierna las emociones. Pone freno a la amígdala. Es mayor en las mujeres, y madura uno o dos años antes en las mujeres que en los hombres .

**ÍNSULA :** Centro que procesa los sentimientos viscerales. Es mayor y más activa en las mujeres.

**HIPOTÁLAMO :** Dirige la secreción hormonal, pone en marcha las gónadas. Comienza a funcionar antes en las mujeres.

**AMÍGDALA:** Núcleo de los instintos, regulada solamente por la CPF. Es mayor en los varones.

**HIPÓFISIS (PITUITARIA):** Produce las hormonas de la fertilidad, producción de leche y comportamiento de crianza. Ayuda a poner en marcha el cerebro maternal.

**HIPOCAMPO:** Centro que nunca olvida una pelea, un encuentro o momento de ternura. Mayor y más activo en las mujeres.

**Tabla 2:** Extraída de “*El cerebro femenino*”. Fases de la vida de la mujer.  
Louann Brizendine. Edición RBA Libros, S.A. 2008

	<b>PRINCIPALES CAMBIOS HORMONALES</b>	<b>LO QUE LAS MUJERES TIENEN Y LOS HOMBRES NO</b>
<b>FETAL</b>	El crecimiento y desarrollo del cerebro no se alteran por la testosterona elevada de un cerebro masculino.	Las células cerebrales son XX, lo que significa más genes para un rápido desarrollo cerebral y de los circuitos específicamente femeninos.
<b>NIÑEZ</b>	El estrógeno es segregado en cantidades Masivas desde los 6 a los 24 meses; después la pausa juvenil desconecta las hormonas.	Estrógeno elevado hasta dos años después del nacimiento
<b>PUBERTAD</b>	Aumento del estrógeno, la progesterona y la testosterona ; comienzo del ciclo sexual.	Más estrógeno y menos testosterona; Los cerebros de las chicas se desarrollan dos años antes que los de los chicos .
<b>MADUREZ SEXUAL MUJER SOLTERA</b>	El estrógeno, la progesterona y la testosterona cambian cada día del mes.	Más concentración en las relaciones, en encontrar un compañero para toda la vida y en escoger una carrera o trabajo compatible con los intereses de la familia.
<b>EMBARAZO</b>	Enorme incremento de la progesterona, estrógeno.	Más concentración en el hogar, en como será abastecida la familia; menos en la carrera y la competencia.
<b>LACTANCIA</b>	Oxitocina, prolactina.	Concentración exclusiva en el bebé.
<b>CRIANZA</b>	Oxitocina; progesterona, testosterona y estrógeno cíclicos.	Menos interés en el sexo, más preocupación por los niños.
<b>PERIMENOPAUSIA</b>	Ciclos erráticos de estrógeno, progesterona y testosterona.	Interés fluctuante en el sexo, sueño errático, más fatiga, preocupación, cambio de humor e irritabilidad.
<b>MENOPAUSIA</b>	Estrógeno bajo y nada de progesterona. FSH/LH elevados	El último cambio brusco causado por las hormonas.
<b>POSMENOPAUSIA</b>	Progesterona y estrógeno bajos y constantes; oxitocina más baja.	Más tranquilidad.

<b><i>CAMBIOS CEREBRALES ESPECÍFICOS DE LA MUJER</i></b>	<b><i>CAMBIOS DE LA REALIDAD</i></b>
Los circuitos cerebrales femeninos para la comunicación, los sentimientos viscerales, la memoria emocional y la contención de la ira crecen sin reducirse; no está presente ninguna testosterona elevada masculina para matar todas estas células.	Más circuitos cerebrales para la comunicación, comprensión de emociones, matices sociales, habilidades alimentarias; aptitud para utilizar ambos lados del cerebro.
Mejoran los circuitos verbales y emocionales.	Mayor interés en el juego y la broma con otras muchachas, no con muchachos.
Aumento de la sensibilidad y crecimiento de los circuitos de estrés, verbales, emocionales y del sexo.	Mayor interés en el atractivo sexual; iniciativas amorosas desesperadas, distanciamiento de los padres.
Madurez más temprana de los circuitos de toma de decisiones y del control emocional.	Primordial interés en encontrar pareja, amor y desarrollo de la carrera.
Contención de los circuitos del estrés; cerebro tranquilizado por la progesterona; las hormonas procedentes del feto y la placenta se apoderan del cerebro y del cuerpo.	Interés predominante por el propio bienestar físico, por enfrentarse a la fatiga, la náusea y el hambre, y por no dañar al feto; supervivencia en el lugar de trabajo; planteamiento de la baja por maternidad.
Los circuitos del estrés siguen contenidos todavía; los circuitos del sexo y la emoción están bloqueados por el cuidado del niño.	Concentración principal para enfrentarse a la fatiga; pezones doloridos, producción de leche, que se realiza durante las 24 h siguientes.
Aumento de la función de los circuitos del estrés, la preocupación y los lazos emocionales	Principal interés en el bienestar, desarrollo, educación y seguridad de los niños; adaptación al aumento de estrés y trabajo.
Sensibilidad decreciente al estrógeno en ciertos circuitos.	Interés primordial en sobrevivir día a día y enfrentarse a las subidas y bajadas emocionales.
Declinan los circuitos alimentados por estrógeno, oxitocina y progesterona.	Principal interés en conservar la salud, aumentar el bienestar y asumir nuevos retos.
Circuitos menos reactivos al estrés, menos emocionales.	Principal interés en hacer lo que “tú” quieres hacer; menos interés en cuidar a los demás.

**Tabla 41b:** Comunidad de Madrid. Número y proporción de intentos de suicidio que necesitaron hospitalización, por edad y sexo. Año 2005.

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
10-14	5	1,6	35	7,3	40	5,0
15-19	5	1,6	41	8,6	46	5,8
20-24	25	8,0	43	9,0	68	8,6
25-29	38	12,1	56	11,7	94	11,9
30-34	36	11,5	48	10,0	84	10,6
35-39	48	15,3	45	9,4	93	11,7
40-44	56	17,8	54	11,3	110	13,9
45-49	21	6,7	39	8,1	60	7,6
50-54	16	5,1	39	8,1	55	6,9
55-59	16	5,1	19	4,0	35	4,4
60-64	7	2,2	9	1,9	16	2,0
65-69	14	4,5	13	2,7	27	3,4
70-74	10	3,2	10	2,1	20	2,5
75-79	5	1,6	14	2,9	19	2,4
80-84	7	2,2	7	1,5	14	1,8
85 y más	5	1,6	7	1,5	12	1,5
Total	314	100	479	100	793	100

Fuente: CMBD. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid

**Tabla 222 :** Varones y mujeres en la población total en España. Evolución 2000-2006

	<b>Población Total</b>	<b>Varones (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Nº mujeres / Nº varones</b>
<b>2000</b>	<b>40.499.791</b>	<b>48,9</b>	<b>51,1</b>	<b>1,04</b>
<b>2006</b>	<b>44.708.964</b>	<b>49,4</b>	<b>50,6</b>	<b>1,03</b>

Fuente: Padrón Municipal a 1 de enero. INE.

Extraído de: Mujeres y hombres en España 2008. INE

**Tabla 223 :** Distribución porcentual de la población por grupos de edad y sexo. 2006

<b>Grupos de edad</b>	<b>Ambos Sexos</b>	<b>Varones (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Nº mujeres/ Nº varones</b>
<b>De 0-14 años</b>	14,3	14,9	<b>13,8</b>	0,94
<b>De 15-64 “</b>	69,0	70,8	<b>67,2</b>	0,97
<b>De 65-79 “</b>	12,1	11,1	<b>13,2</b>	1,22
<b>De 80 y más “</b>	4,5	3,2	<b>5,8</b>	1.86

Fuente: Padrón Municipal a 1 de enero. INE.

Extraído de: Mujeres y hombres en España 2008. INE

**Tabla 224 :** Evolución del movimiento natural de la población según sexo. 2000-2006

	<b>Nacimientos</b>			<b>Defunciones</b>			<b>Saldo vegetativo 1.000 hab.</b>	
	<b>Ambos sexos</b>	<b>Varones (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Ambos sexos</b>	<b>Varones (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
<b>2000</b>	<b>397.632</b>	<b>51,7</b>	<b>48,3</b>	<b>360.391</b>	<b>52,6</b>	<b>47,4</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>
<b>2006</b>	482.957	51,6	<b>48,4</b>	371.478	52,3	<b>47,7</b>	2,5	<b>2,5</b>

Fuente: Movimiento Natural de la población. INE.

Extraído de: Mujeres y hombres en España 2008. INE

**Tabla 228:** Tasa de fecundidad (por 1.000 mujeres) por grupos de edad 2000-2006

	2000	2006
<b>Total</b>	<b>38,1</b>	<b>43,0</b>
<b>De 15 a 19 años</b>	8,9	<b>12,3</b>
<b>De 20 a 24 “</b>	25,7	<b>33,0</b>
<b>De 25 a 29 “</b>	67,8	<b>65,5</b>
<b>De 30 a 34 “</b>	95,3	<b>100,6</b>
<b>De 35 a 39 “</b>	43,0	<b>55,9</b>
<b>De 40 a 44 “</b>	6,7	<b>10,0</b>
<b>De 45 a 49 “</b>	0,3	<b>0,7</b>

Fuente: Demografía y Población. Indicadores Demográficos Básicos. INE  
 Extraído de : Mujeres y hombres en España 2008 . INE

**Tabla 229:** Edad media a la maternidad. 1980-2006

<b>Año</b>	<b>Edad Media</b>
<b>1980</b>	<b>28,2</b>
<b>1985</b>	28,4
<b>1990</b>	28,9
<b>1995</b>	30,0
<b>2000</b>	30,7
<b>2005</b>	30,9
<b>2006</b>	<b>30,9</b>

Fuente: Demografía y Población. Indicadores Demográficos Básicos. INE  
 Extraído de : Mujeres y hombres en España 2008 . INE

**Tasa bruta de Nupcialidad** (Matrimonios por 1.000 habitantes): Año 2006 = 4,7

Fuente: Demografía y Población. Indicadores Demográficos Básicos. INE  
 Extraído de : Mujeres y hombres en España 2008 . INE

**Tabla 225 :** Enfermedades diagnosticadas % de población

	<b>% Mujeres</b>	<b>% Varones</b>
<b>HTA</b>	<b>22,7</b>	18,7
<b>Artrosis/Artritis/reuma</b>	<b>27,7</b>	13,3
<b>Dolor crónico lumbar</b>	<b>25,5</b>	16,4
<b>Alergia crónica</b>	<b>13,7</b>	10,6
<b>Colesterol alto</b>	<b>16,2</b>	15,4
<b>Trastornos mentales (depres.,ansiedad,otros)</b>	<b>19,3</b>	8,2
<b>Migraña /dolor de cabeza</b>	<b>17,3</b>	6,5
<b>Problemas de tiroides</b>	<b>6,9</b>	0,9
<b>Problemas de próstata</b>	<b>-</b>	7,1

Extraída de: Salud 2008. INE

**Tabla 226 :** Defunciones según las principales causas de muerte . Año 2006

	<b>% Mujeres</b>	<b>Total defunciones</b>
<b>Total enfermedades</b>	<b>47,7</b>	371.478
<b>Enf. isquémicas del corazón</b>	<b>42,8</b>	37.092
<b>Enf. cerebrovasculares</b>	<b>57,9</b>	32.900
<b>Cáncer de bronquios y pulmón</b>	<b>13,5</b>	19.516
<b>Insuficiencia cardíaca</b>	<b>65,3</b>	18.895
<b>Enf. crónicas respiratorias vías inferiores</b>	<b>24,9</b>	14.335

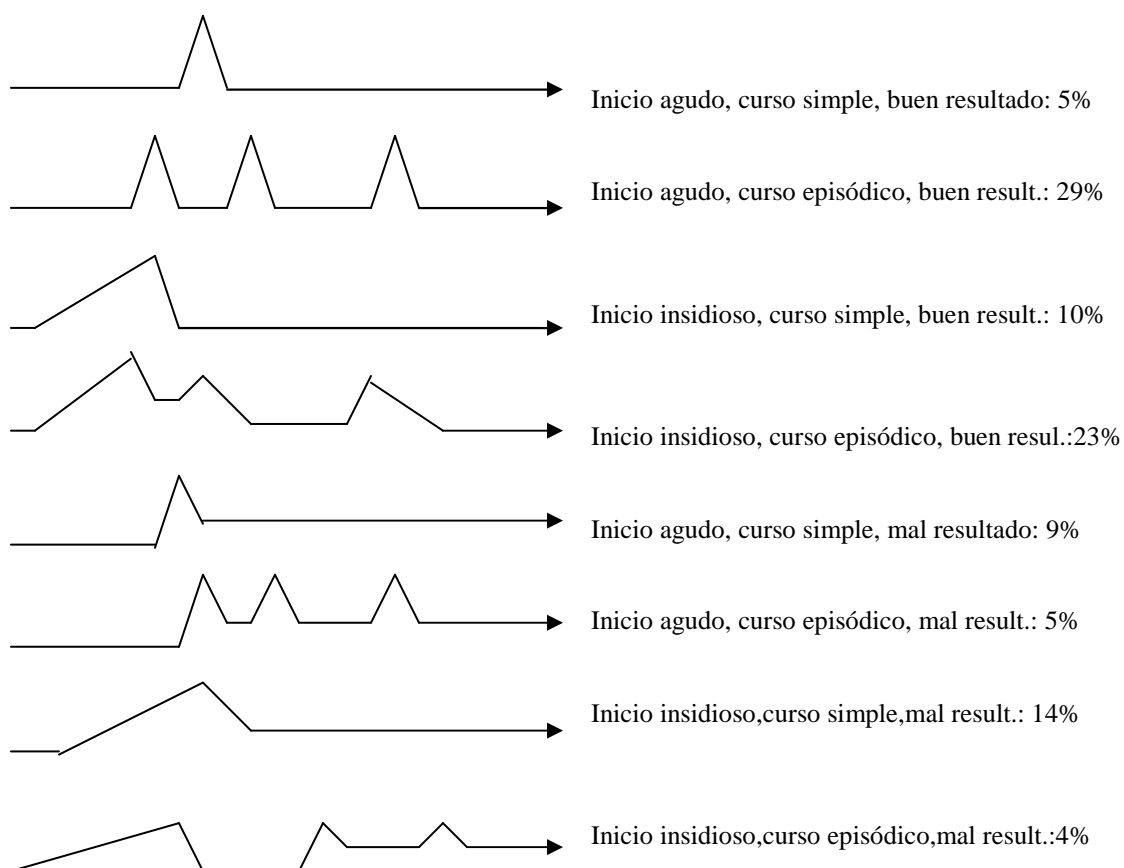
Extraída de: Salud 2008. INE

**Tabla 227:** Personas que fuman diariamente % por grupo de edad

<b>Edad</b>	<b>% de población</b>
<b>De 16-24 años</b>	26,9
<b>De 25-34 “</b>	35,3
<b>De 35-44 “</b>	34,1
<b>De 45-54 “</b>	33,6
<b>De 55-64 “</b>	19,9
<b>De 65-74 “</b>	10,3
<b>De 75 y más años</b>	4,5

Extraída de: Salud 2008. INE

**GRÁFICO 1:** Evolución de la Esquizofrenia a largo plazo (15 años)



“Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year International Follow-up Study” British Journal of Psychiatry 2001. Extraído de “Tratado de Esquizofrenia”. Lieberman, Scott Stroup, Perkins. Ars Medica 2008



### ANEXO 3.1 -TABLA DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO CON EL QUE DEBUTAN LAS PACIENTES

#### Diagnóstico 1º

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
291.8	1	.7
292.1 PSICOSIS TOXICA	1	.7
295	1	.7
295 ESQUIZOFRENIA CRONICA	1	.7
295.0	2	1.3
295.1	4	2.6
295.1 + CI LIMITE + DISTIMIAS DEPRESIVAS	1	.7
295.2	2	1.3
295.2 ESQ CATATONICA	1	.7
295.3	51	33.8
295.3 + RETRASO MENTAL	1	.7
295.3 PARANOIDE	1	.7
295.4	5	3.3
295.6	10	6.6
295.6 PARANOIDE	3	2.0
295.7	4	2.6
295.8	2	1.3
295.9	3	2.0
295.9 CI LIMITE Y POSIBLE PSICOSIS ESQ EN 1999	1	.7
296.3	1	.7
297	1	.7
297.0	1	.7
297.1	1	.7
297.10	1	.7
297.2 PARAFRENIA	1	.7
298.0 + 304.5 + 305.0	1	.7
298.3	2	1.3
298.4	1	.7
298.8	1	.7
298.9	2	1.3
298.9 + 317	1	.7
298.9 PSICOSIS NO ESPECIFICADA	1	.7
298.9 PSICOSIS PSICOGENA PARANOIDE	1	.7
301.0	1	.7
301.9 TRAS PERSONALIDAD LIMITE	1	.7

303 301 298	1	.7
317 + 295.4	1	.7
317+62.89+295.1	1	.7
BROTE PSICOTICO	3	2.0
BROTE PSICOTICO SEC A TOXICOS	1	.7
DEPRESION DELIRANTE	2	1.3
DEPRESION ENDOGENA	1	.7
DEPRESION MAYOR	1	.7
DEPRESION PUERPERAL	1	.7
DM-I	1	.7
E PARANOIDE	1	.7
E. PARANOIDE	1	.7
EPILEPSIA TEMPORAL	1	.7
EPISODIO DISOCIATIVO	1	.7
ESQ. HEBEFREN	1	.7
ESQUIFRENOIDE	1	.7
ESQUIZOAFECTIVO	2	1.3
OLIGOFRENIA + 295.3	1	.7
PSICOPATA	1	.7
PSICOSIS PARANOIDE	2	1.3
PSICOSIS PARANOIDE AGUDA	1	.7
PSICOSIS PUERPERAL	1	.7
PSICOSIS REACTIVA BREVE	1	.7
PSICOSIS SIN ESPECIFICAR	6	4.0
PSICOSIS TOXICA	1	.7
T DELIRANTE NO FILIADO	1	.7
TRAS ESQUIZOFRENOIDE	1	.7
TRAST ESQUIZOFRENOIDE	1	.7
Total	151	100.0

### ANEXO 3.2 -TABLA EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA DE CADA CASO

De cada paciente por grupo de seguimiento (No siguen en tratamiento o siguen en tratamiento)

#### Diagnósticos realizados a las pacientes

		Número de historia clínica	Diagnóstico 1º	Diagnóstico 2º	Diagnóstico 3º	Diagnóstico 4º	Diagnóstico final codificado
Grupo	Pacientes que NO siguen en tratamiento	1	238	295.6 PARANOIDE			295.6 E. Residual
		2	276	E. PARANOIDE	T. ESQUIZOAFECTIVA	T. BIPOLAR	295.7 Esquizoafectivo
		3	18557	295.6			295.6 E. Residual
		4	317	295.3			295.3 E. Paranoide
		5	649	295.6			295.6 E. Residual
		6	3836	295.7			295.7 Esquizoafectivo
		7	3035	PSICOPATA	T AFECTIVO DE LA PERSONALIDAD	295.6	295.6 E. Residual
		8	200	DM-I	PSICOSIS MIXTA	T. ESQUIZOAFECTIVO	295.7 Esquizoafectivo
		9	9256	296.3	295.7		295.7 Esquizoafectivo
		10	3107	PSICOSIS SIN ESPECIFICAR			295.9 Sin especificar
		11	13132	295.6			295.6 E. Residual
		12	3810	295.2			295.2 E. Catatónica
		13	708	295.3			295.3 E. Paranoide
		14	759	DEPRESION DELIRANTE	PSICOSIS ESQUIZOAFECTIVA		295.3 E. Paranoide
		15	6775	295.1	295.3		295.3 E. Paranoide
		16	640	DEPRESION ENDOGENA	295.7	295.6	295.6 E. Residual
		17	9110	295.3			295.3 E. Paranoide
		18	10638	295.9			295.9 Sin especificar
		19	3036	295.6			295.6 E. Residual
		20	3037	295.3			295.3 E. Paranoide
		21	446	291.8	292.1	295.3	295.3 E. Paranoide
		22	701	295.6			295.6 E. Residual
		23	6142	295.3			295.3 E. Paranoide
		24	13224	295.3			295.3 E. Paranoide
		25	17704	PSICOSIS SIN ESPECIFICAR	295.3		295.3 E. Paranoide
		26	6079	PSICOSIS PUERPERAL	295.3 + RETRASO MENTAL	295.6	295.6 E. Residual
		27	702	295.3	300.3	304.1	295.3 E. Paranoide
		28	611	295.3			295.3 E. Paranoide
		29	2077	295.1			295.1 E. Hebefrénica
		30	5000	295.8			295.8 Otras
		31	13332	295	295	295.6	295.6 E. Residual
		32	292	295.6 PARANOIDE			295.6 E. Residual
		33	17938	295.3			295.3 E. Paranoide
		34	202	295.3 PARANOIDE			295.3 E. Paranoide
		35	5277	298.4	295.3		295.3 E. Paranoide
		36	2636	295.1	295.3		295.3 E. Paranoide
		37	15895	295.3	295.6		295.6 E. Residual
		38	6202	295.3			295.3 E. Paranoide

Pacientes que siguen en tratamiento	39	12285	295.7				295.7 Esquizoafectivo
	40	201	295.6 PARANOIDE				295.6 E. Residual
	41	2159	295.3				295.3 E. Paranoide
	42	6452	ESQ. HEBEFREN	295.6			295.6 E. Residual
	43	15407	PSICOSIS SIN ESPECIFICAR	TRASTORNO ALUCINATORIO	ESQUIZOFRENIA		295.0 Esquizofrenia
	44	12034	ESQUIZOAFECTIVO				295.7 Esquizoafectivo
	45	347	295.3				295.3 E. Paranoide
	46	3368	298.8	295.3			295.3 E. Paranoide
	47	19949	295.6				295.6 E. Residual
	48	3884	295.3				295.3 E. Paranoide
	49	6491	295.3	TRASTORNO BIPOLAR	295.3		295.3 E. Paranoide
	50	14593	295.3				295.3 E. Paranoide
	51	13226	T DELIRANTE NO FILIADO	295.3			295.3 E. Paranoide
	52	3392	298.0 + 304.5 + 305.0	295.3			295.3 E. Paranoide
	53	14399	298.3	295.3 DEPENDENCIA ETILICA			295.3 E. Paranoide
	54	12982	295.4				295.4 Episodio esquizofrenico
	55	14134	298.9	295.3			295.3 E. Paranoide
	56	12613	295.3				295.3 E. Paranoide
	57	4068	PSICOSIS SIN ESPECIFICAR	TRASTORNO BIPOLAR	AGORAFOBIA	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	295.7 Esquizoafectivo
	58	11618	295.3	295.6			295.6 E. Residual
	59	6762	295.3				295.3 E. Paranoide
	60	8082	EPISODIO DISOCIATIVO	296.5	295.3		295.3 E. Paranoide
	61	3354	295.4				295.4 Episodio esquizofrenico
	62	5660	295.4	295.3			295.3 E. Paranoide
	63	2604	295.8				295.8 Otras
	64	15515	295.3				295.3 E. Paranoide
	65	2107	317+62.89+295.1	295.9			295.6 E. Residual
	66	8860	295.3				295.3 E. Paranoide
	67	3840	298.9	295.6			295.6 E. Residual
	68	8279	295.3	295.9	ESQUIZOAFECTIVO		295.7 Esquizoafectivo
	69	12017	295.9	295.3			295.3 E. Paranoide
	70	7250	297.10	295.40	295.3		295.3 E. Paranoide
	71	14996	BROTE PSICOTICO	295.3			295.3 E. Paranoide
	72	4790	295.3				295.3 E. Paranoide
	73	4385	PSICOSIS TOXICA	295.5			295.5 E. Latente
	74	10910	E PARANOIDE	ESQUIZOAFECTIVO 295.7			295.7 Esquizoafectivo
	75	14366	295.0				295.0 Esquizofrenia
	76	7965	295.9	295.8			295.8 Otras
	77	24480	BROTE PSICOTICO SEC A TOXICOS	295.3			295.3 E. Paranoide
	78	13877	295.4	295.3			295.3 E. Paranoide
	79	16347	295.4				295.4 Episodio esquizofrenico
	1	258	295.3				295.3 E. Paranoide
	2	4691	295.3				295.3 E. Paranoide
	3	1292	295.3				295.3 E. Paranoide
	4	379	295.6				295.6 E. Residual
	5	3186	295.3	295.6			295.6 E. Residual
	6	3120	295.1 + CI LIMITE + DISTIMIAS	T BIPOLAR	295.7		295.7 Esquizoafectivo
	7	7116	295.3				295.3 E. Paranoide
	8	3617	295.3				295.3 E. Paranoide

9	19090	295.3	295.6			295.6 E. Residual
10	2067	295.0				295.0 Esquizofrenia
11	191	DEPRESION PUERPERAL	295.7			295.7 Esquizoafectivo
12	1867	295.7				295.7 Esquizoafectivo
13	5055	PSICOSIS PARANOIDE	295.3			295.3 E. Paranoide
14	11293	EPILEPSIA TEMPORAL	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE			295.3 E. Paranoide
15	3684	295.3				295.3 E. Paranoide
16	1007	295.3				295.3 E. Paranoide
17	1156	295.7				295.7 Esquizoafectivo
18	12159	PSICOSIS SIN ESPECIFICAR	295.3			295.3 E. Paranoide
19	16790	295.6				295.6 E. Residual
20	280	295.6				295.6 E. Residual
21	1501	BROTE PSICOTICO	295.7	296.1	295.7	295.7 Esquizoafectivo
22	4792	295.3				295.3 E. Paranoide
23	1847	PSICOSIS PARANOIDE AGUDA	298.3	295.3	295.7	295.7 Esquizoafectivo
24	3803	297.2 PARAFRENIA	295.3 TRAST ESQUIZOIDE			295.3 E. Paranoide
25	11343	ESQUIFRENOIDE	295.40	295.30		295.3 E. Paranoide
26	3389	295 ESQUIZOFRENIA	E RESIDUAL			295.6 E. Residual
27	7023	295.3				295.3 E. Paranoide
28	9602	PSICOSIS REACTIVA BREVE	295.3	295.6		295.6 E. Residual
29	21309	295.3				295.3 E. Paranoide
30	855	OLIGOFRENIA + 295.3	295.6			295.6 E. Residual
31	340	295.3				295.3 E. Paranoide
32	16196	297.1	295.7			295.7 Esquizoafectivo
33	13051	295.3				295.3 E. Paranoide
34	3913	295.3 + RETRASO MENTAL	295.6			295.6 E. Residual
35	2443	297.0	295.6			295.6 E. Residual
36	2463	301.0	295.3 + 317	295.6		295.6 E. Residual
37	23067	295.3				295.3 E. Paranoide
38	12155	295.3				295.3 E. Paranoide
39	3556	295.3				295.3 E. Paranoide
40	13197	295.3	T BIPOLAR	295.7		295.7 Esquizoafectivo
41	1590	295.3				295.3 E. Paranoide
42	2905	295.3	297.1	295.3		295.3 E. Paranoide
43	3555	PSICOSIS PARANOIDE	295.3	TRAST ESQUIZOAFECTIVO		295.7 Esquizoafectivo
44	11188	303 301 298	296.0	295.6		295.6 E. Residual
45	7126	295.3				295.3 E. Paranoide
46	4963	295.6				295.6 E. Residual
47	3429	TRAST ESQUIZOFRENOIDE	ESQ	295.6		295.6 E. Residual
48	8276	295.3	295.6			295.6 E. Residual
49	12131	BROTE PSICOTICO	ESQUIZOFRENICA	ESQUIZOAFECTIVO		295.7 Esquizoafectivo
50	10817	295.3	295.6			295.6 E. Residual
51	9563	DEPRESION DELIRANTE	298.4 ESQUIZOAFECTIVO	295.3		295.3 E. Paranoide
52	3658	298.9 PSICOSIS NO ESPECIFICADA	295.3			295.3 E. Paranoide
53	3863	295.1	295.6			295.6 E. Residual
54	6515	292.1 PSICOSIS TOXICA	295.3 TRASTORNO PERSONALIDAD			295.3 E. Paranoide
55	10537	TRAS ESQUIZOFRENOIDE	318 O RETRASO MENTAL LEVE	295.3	295.6	295.6 E. Residual
56	7585	295.9 CI LIMITE Y POSIBLE PSICOSIS	295.3			295.3 E. Paranoide
57	6687	298.9 PSICOSIS PSICOGENA	295.3 CI LIMITE POSIBLE			295.3 E. Paranoide

58	20515	PSICOSIS SIN ESPECIFICAR	295.3	295.9		295.9 Sin especificar
59	3207	317 + 295.4	295.7	295.1 HEBEFRENICA		295.1 E. Hebefrénica
60	10377	297	295.3			295.3 E. Paranoide
61	7474	301.9 TRAS PERSONALIDAD	303.9	295. HEBEFRENICA	295.6	295.6 E. Residual
62	14775	295.3				295.3 E. Paranoide
63	9666	298.3	295.4	295.7		295.7 Esquizoafectivo
64	22288	295.3				295.3 E. Paranoide
65	11605	295.3				295.3 E. Paranoide
66	6824	295.2 ESQ CATATONICA				295.2 E. Catatónica
67	20351	295.2				295.2 E. Catatónica
68	11844	298.9 + 317	295.7			295.7 Esquizoafectivo
69	16057	295.3				295.3 E. Paranoide
70	16257	295.3				295.3 E. Paranoide
71	17321	DEPRESION MAYOR	T ESQUIZOAFECTIVO	ESQ PARANOIDE + EPISODIOS		295.3 E. Paranoide
72	15216	ESQUIZOAFECTIVO	ESQ AGUDO ESQUIZOFRENOIDE	E PARANOIDE		295.3 E. Paranoide

### ANEXO 3.3 - TABLA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y OTROS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

#### Antecedentes / Intervenciones quirúrgicas ginecológicas

	Frecuencia
No consta	114
AMENORREA	2
CANCER DE MAMA	1
CANCER DE MAMA EN TTO RT Y TAMOXIFENO	1
CIRUGIA DE VESICULA	1
CISTORRECTOCELE	1
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	1
DISMENORREA AMENORREA SEC A NL	1
FIBROMA	1
HIPERPORLACTINEMIA SECUNDARIA A NL	1
HISTERECTOMIA A LOS 68 AÑOS	1
HISTERECTOMIA CON MIOMAS	1
HISTERECTOMIA POR ENDOMETRIOSIS Y ANEXECTOMIA	1
HISTERECTOMIA POR FIBROMA	1
HISTERECTOMIA POR MIOMA	1
INFECCION GINECOLOGICA, LIGADURA DE TROMPAS	1
LEGRADO	1
LIGADURA DE TROMPAS	2
LIGADURA DE TROMPAS TRAST MENSTRUALES CON DISTIMIA	1
MAMA IZQUIERDA	1
MASTECTOMIA POR CANCER DE MAMA	1
MASTOPATIA	1
NO TIENE ANTECEDENTES	6
OVARIOS POLIQUISTICOS HIRSUTISMO	1
PROLAPSO UTERINO	1
PROLAPSO UTERINO Y LIGADURA DE TROMPAS	1
QUISTE OVARICO LIGADURA DE TROMPAS	1
QUISTE OVARIO	1
REDUCCIÓN DE PECHO A LOS 17 AÑOS	1
VICTIMA DE VIOLACION NO CONTRASTADO PROSTITUCION P	1
VULVITIS-COLPITIS- GALACTORREA B- QUISTE PILONIDAL	1
Total	151

### ANEXO 3.4 -TABLA DATOS PERSONALIDAD PREVIA ANOTADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA.

#### Datos sobre la personalidad previa

1	ABIERTA COMUNICATIVA BUEN RENDIMIENTO ACADEMICO
1	ABIERTA NERVIOSA DESCONFIADA INTROVERTIDA
1	ASLADA INTROVERTIDA DESCONFIADA
1	ALEGRE EXTROVERTIDA BUENAS RELACIONES SOCIALES
1	ALEGRE SENCILLA Y SOCIABLE
1	ALEGRE SIMPATICA SOCIABLE Y MUY CARIÑOSA
1	ALEGRE SOCIABLE
1	ALEGRE SOCIABLE INQUIETA TESTARUDA
1	ALEGRE Y AFECTUOSA
1	ALEGRE Y BROMISTA
1	ALGO TIMIDA SOCIABLE Y SUMISA
1	AMABLE CARIÑOSA SUMISA A LOS 16 AÑOS CAMBIA INTROVERTIDA RASGOS PARANOIDES
1	AMBIENTES MARGINALES DESDE LOS 17 AÑOS
1	APRENSIVA ARISCA POCO CARIÑOSA
1	BIEN HASTA LOS 14 DESPUES DISTRAIDA EMPOBRECIDA
1	CLARAMENTE ESQUIZOIDE SIEMPRE RARA
1	DEPENDIENTE, INTROVERTIDA, TIMIDA PASIVA ME DEJO LLEVAR NO SUSPICAZ ANTES DEL CUADRO
1	ESQUIZOIDE POCO SOCIABLE INTROVERTIDA SNTIMIENTO DE INFERIORIDAD
1	ESQUIZOIDE SEPENDIENTE OBSESIVO
1	ESQUIZOIDE Y RASGOS ANANCÁSTICOS
1	EXTROVERTIDA CARIÑOSA ALEGRE NERVIOSA
1	HONESTA BUENA BAJA AUTOESTIMA
1	IMPULSIVA INDEPENDIENTE DRAMATIZADORA
1	INMADURA DEPENDIENTE TIMIDA
1	INMADURA INTROVERSION APEGADA A LOS PADRES ESCASAS RELACIONES INTERPERSONALES
1	INMADURA Y DEPENDIENTE
1	INSEGURA HIPEREXIGENTE
1	INTROVERTIDA APOCADA SIN RELACIONES
1	INTROVERTIDA CAPRICHOSA
1	INTROVERTIDA DESCONFIADA CELOSA SERIA
1	INTROVERTIDA TIMIDA
1	MUY CALLADA Y DEPENDIENTE DULCE INSEGURA
1	MUY INTROVERTIDA MMPI EN 1999 PERSONALIDAD ADAPTADA
1	MUY SENSIBLE
1	MUY SENSIBLE RETRAIDA
1	MUY SERIA DE POCO HABLAR



1	MUY TIMIDA ALEGRE CARIÑOSA
1	NMPI EN 1985 PERSONALIDAD ESQUIZOIDE
1	OBSESIVOS E INTROVERSION
1	OPTIMISTA Y ALEGRE
1	PARANOIDE
1	PERFECCIONISTA OBSESIVO
1	PERFECCIONISTA RASGOS OBSESIVOS TIMIDA INDECISA
1	PERSONALIDAD ESQUIZOIDE, ALEGRE NORMAL
1	PROBLEMAS LABORALES Y RELACION SOCIAL
1	PUERIL
1	RASGOS ANACASTICOS NO MUY MARCADOS DEPENDIENTE
1	RASGOS ESQUIZOIDES
1	RASGOS OBSESIVOS Y FÓBICOS
1	RASGOS PARANOIDES
1	RASGOS PARANOIDES
1	RASGOS PARANOIDES INTROVERSION OBSESIVIDAD
1	RASGOS SENSITIVOS PARANOIDE
1	RESERVADA INTROVERTIDA DESCONFIADA
1	RESERVADA INTROVERTIDA MIEDOSA SOLITARIA DEPENDIENTE SUMISA MUY SENSIBLE
1	RETRAIDA PROBLEMAS DE RELACION
1	RETRAIMIENTO ESCASOS AMIGOS AISLAMIENTO
1	SOCIABLE
1	SOCIABLE RESPONSABLE Y AFECTIVA
1	SUSPICAZ
1	TIMIDA
1	TIMIDA DESCONFIADA INGENUA TRISTE
1	TIMIDA INTROVERTIDA
1	TIMIDA INTROVERTIDA DIFICULTADES DE RELACION MUY RELIGIOSA
1	TIMIDA INTROVERTIDA POCOS AMIGOS
1	TIMIDA MUY APEGADA A LOS PADRES
1	TIMIDA POCO SOCIABLE ESCASAS RELACIONES SOCIALES
1	TIMIDA RARA INTROVERTIDA MALA CAPACIDAD PARA ESTABLECER RELACIONES SOCIALES
1	TIMIDA RETRAIDA Y ALEGRE
1	TIMIDA Y RESERVADA
1	TIMIDEZ INSEGURIDAD AISLAMIENTO
1	TRABAJADORA PENDIENTE DE SUS COSAS SERIA PREOCUPADA POR EL ORDEN
72	



### ANEXO 3.5 -TABLA RESUMEN LOS FACTORES DE ESTRÉS DETALLADOS POR CADA PACIENTE.

#### Descripción de factores de estrés importantes o relacionados con recaídas

<p>4 HIJOS MENORES ( 2,5,11 Y 13)</p> <p>A LOS 10 AÑOS FALLECE MADRE POR IR-A LOS 23 PADRE IRC-PRIMER PARTO INICIA CLINICA PSICOTICA</p> <p>A LOS 14 AÑOS SE ESCAPA DE CASA</p> <p>ABANDONADA POR EL MARIDO - MARIDO FALLECE-HIJOS RECLAMAN HERENCIA DEL PADRE</p> <p>ABANDONO DEL CONYUGE PRODUCE EL PRIMER INGRESO</p> <p>ABORTO A LOS 7 MESES, TRES EMBARAZOS, HIJA CELIACA, PADRE CEA PROSTATA, FALLECE PADRE ABORTO 2002</p> <p>ABORTO EN 1991, RUPTURA RELACION CON NOVIO EN 1993</p> <p>ACCIDENTE DE TRAFICO DE MADRE Y POSTERIOR DE HERMANA</p> <p>ACCIDENTE LABORAL PADRE- PIERDE UN OJO A LOS 18 AÑOS-CAMBIO DE DOMICILIO</p> <p>ACVA DE MARIDO EN 1998</p> <p>ACVA DEL AMRIDO SE RELACIONA CON PRIMER INGRESO-CUIDADO DE LA MADRE CIEGA, FALLECE MARIDO 04</p> <p>BODA DE HERMANAS EN AÑO 2000</p> <p>BODA DE HIJO, NACIMIENTO DE NIETA EN 2004</p> <p>BROTE CUANDO REGRESA SU HIJA TRAS EL CUIDADO POR SUS PADRES-MARIDO ACVA EN 2001</p> <p>CASADA A LOS 25 A DURO 3 MESES-1 AÑO EN INGLATERRA Y 2 EN EEUU-CONSUMO DE TOXICOS</p> <p>CONFLICTO CONYUGAL ETILISMO DEL MARIDO</p> <p>CONFLICTO DE PAREJA - AGRESIONES FISICAS BEBEDOR- PROBLEMA LABORAL DESEMPLEO</p> <p>CONFLICTO DE PAREJA AÑO 2000</p> <p>CUALQUIER CAMBIO EN SUS RIGIDAS RUTINAS, FIESTA DEL PUEBLO, NAVIDADES</p> <p>DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA</p> <p>ECONOMICOS Y JUDICIALES POR ESTAFA A ELLA</p> <p>EMBARAZO CON ALTERACION FETAL- EMBARAZO CESAREA- ACCIDENTE LABORAL MARIDO CORTE DE MANO</p> <p>EMIGRANTE- FALLECE EL PADRE DE CANCER- LE COMUNICAN QUE SU PADRE ES UN AMIGO FAMILIAR RUPTURA PAREJA</p> <p>EMIGRO A ALEMANIA A LOS 33 A, MUERE MADRE CANCER DE PULMON Y PADRE POR ACVA</p> <p>EN 2006 FALLECE HERMANO DE 50 AÑOS POR ACCIDENTE DE TRÁFICO ATROPELLO FALLECE SU PADRE CON RECAIDA</p> <p>ENFERMEDAD DEL MARIDO DOBLE LESION AORTICA EN EL 99</p> <p>ENFERMEDAD E INGRESO HOSPITALARIO DE LA MADRE</p> <p>EPISODIO DE ACOSO SEXUAL EN EL TRABAJO</p> <p>ESTANCIA EN FRANCIA, HIJO SE CASA EN 2003, INGRESO DE MADRE EN RESIDENCIA</p> <p>ETILISMO DEL MARIDO-LA SEPARACION COINCIDE CON PRIMER EPISODIO- CAMBIO DE LUGAR DE TRABAJO</p> <p>FALLECE AMIGO PRIMERA CRISIS- ENFERMEDAD DE LA MADRE TUMOR CEREBRAL- FALLECE PADRE TRAFICO</p> <p>FALLECE EL HERMANO CUANDO ELLA TENIA 19 AÑOS-PADRE FALLECE EN EL 84</p> <p>FALLECE EL PADRE- EMBARAZOS</p> <p>FALLECE EL PADRE CUANDO TENIA 7 AÑOS</p> <p>FALLECE EL PADRE PRODUCE CRISIS - NACIMIENTO DE HIJO</p> <p>FALLECE HERMANA ACVA-RUPTURA RELACIONADA CON OTRA HERMANA-CONFLICTO LABORAL-TODOS RECAIDA</p> <p>FALLECE HERMANO DOS AÑOS ANTES- LA 9 DE 9 HERMANOS-MUERE MADRE TUMOR CEREBRAL-PADRE MUERE A LOS 80 A</p> <p>FALLECE HERMANO EN ACCIDENTE DE TRAFICO- HERMANA DE 17 AÑOS TIENE HIJO SIN ESTAR CASADA</p> <p>FALLECE HIJO DE 22 AÑOS ACCIDENTE DE MOTO, BODA DE HIJA EN 2006</p> <p>FALLECE MADRE-MARIDO DEPENDENCIA ALCOHOLICA-FALLECE EL PADRE</p> <p>FALLECE MADRE</p> <p>FALLECE MADRE CON ACVA E IAM PREVIOS CIEGA Y DM- HERMANO INGRESADO POR TMOR CEREBRAL</p> <p>FALLECE MADRE DIC 05-INGRESO</p> <p>FALLECE MADRE EN SEP 2001</p> <p>FALLECE MARIDO -CANCER DE MAMA</p> <p>FALLECE MARIDO EN 1997 POR CANCER DE COLON</p> <p>FALLECE PADRE CUANDO TIENE 15 AÑOS</p> <p>FALLECE PADRE DE IAM UN AÑO DESPUES SUFRE PRIMERA CRISIS</p> <p>FALLECE SU MADRE</p> <p>FALLECE SU PADRE</p> <p>FALLECE SUEGRA- FALLECE MARIDO-FALLECE HIJA DE 17 AÑOS POR LEUCEMIA</p> <p>FALLECE UNA AÑO ANTES DEL INICIO PADRE Y MARIDO</p> <p>FALLECEN TRES FAMILIARES AÑO ANTES DEL PRIMER INGRESO ABUELOS Y TIO EN INFANCIA 3 CAMBIOS DE RESIDEN</p> <p>FALLECIMIENTO DE PADRE, MENARQUIA</p>
--

FALLECIMIENTO DE SU MARIDO EN EL 84 - RUPTURA DE RELACION CON HIJO-FRACTURA DE TIBIA DE NIETA 85  
 FALLECIMIENTO DE SUS PADRES-VIAJE A FATIMA BROTE E INGRESO EN EL 82  
 FALLECIMIENTO DEL MARIDO EN EL 73; HIJO CON ENFERMEDAD MENTAL QUE FALLECE DE LEUCEMIA EN 95-INGRESÓ  
 FALLECIMIENTO DEL MARIDO PRODUCE PRIMERA CRISIS  
 HERMANO FALLECE EN AÑO 200 POR LINFOMA A LOS 39 AÑOS  
 HIJO DE 24 A SE SUICIDA-RECAIDA, ABANDONO MARIDO CON NIÑOS PEQ-RECAIDA-FALLECE HIJA 26 AÑOS ACCIDENT  
 HIJO ENCARCELADO EN 2001  
 INGRESO DE PADRE POR PANCREATITIS-ESTRÉS ESCOLAR COINCIDENTE CON PRIMERA CRISIS  
 INTERVENCION DE PROSTATA DEL MARIDO EN 2006, HIJA CON RETRASO MENTAL  
 INTERVENCION QUIRURGICA CANCER DE MAMA CON MASTECTOMIA QUIMIOTERAPIA CON TAMOXIFENO  
 INTERVENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CRONICA (CATARATAS Y DMID) TIENE QUE EMPEZAR A INYECTARSE  
 INTOXICACION POR CO  
 IQ DE SU MADRE DE INTESTINO PRODUCE INICIO DE LA ENFERMEDAD  
 MADE CON ENF ALZHEIMER Y DOS HIJAS PEQUEÑAS EN PRIMERA CRISIS-SEPARACION 03  
 MARIDO EN PARO DESDE 2002-CANCER DEL MARIDO OCT 200-FALLECE EN MARSO 07  
 MARIDO ETILISMO CRÓNICO SIN TRABAJO-HIJOS EN INTERNADO Y CON UNA HERMANA  
 MARIDO HERIDO EN ATENTADO TERRORISTA CON INGRESO EN 1986-ENFERMEDAD MARIDO CON IQ OFTAL NO RECAE  
 MARIDO LUDOPATA-PERDIDA DE VISION DE UN OJO DEL MARIDO  
 MUERE EL MARIDO HACE 8 AÑOS  
 MUERTE DE LA MADRE UN MES ANTES DEL 5º INGRESO  
 MUERTE DE MARIDO EN EL 85; HIJA TOXICOMANA  
 MUERTE DE SU HERMANO Y MADRE, ABANDONADA POR COMP Y BODA DE HIJA-RECAIDA, NACIMIENTO DE PRIMERA HIJA  
 MUERTE DE SUS PADRES Y HERMANO CON EL QUE VIVIA CON NUMEROSOS INGRESOS DESDE ENTONCES, PARTO-RECAIDA  
 MUERTE PADRE-MUERTE MADRE-2 RUPTURAS SENTIMENTALES CON INGRESO  
 NACIMIENTO DE 5º HIJO PRIMER EPISODIO PSICÓTICO-NACIMIENTO 6º HIJO-FALLECE EL MARIDO  
 NACIMIENTO DE PRIMER HIJO  
 NACIMIENTO DE ÚNICO HIJO  
 NACIMIENTO PRIMER HIJA INGRESO-HIJO SE TRASLADA A LONDRES-COMUNION NIETA-MUERTE CUÑADA-IQ ESPOSO++  
 OPERACIÓN MARIDO,OPERACIÓN HIJA-INGRESO, MUERTE DE HERMANO Y MADRE  
 PADRE FALLECE POR IAM-PRECIPITA DESCOMPENSACION, MARIDO DE SU HERMANA SUICIDIO CON 34 AÑOS  
 PADRE OPERADO DE CANCER EN DICIEMBRE 2004  
 PADRES ESPARADOS  
 PADRES SEPARADOS AÑO 2000- FUERTE CONFLICTO FAMILIAR-ESTRÉS ACADEMICO  
 PARO DESDE HACE 5 AÑOS POR MINUSVALIA POR ENFERMEDAD  
 PARTO DE PRIMER HIJO, PARTO ÚLTIMO HIJO, CÁNCER EN 2002  
 PRIMER BROTE A LOS DOS MESES DE NACER SU PRIMERA HIJA RECAIDAS TRAS PRIMERO Y TERCER PARTO  
 PROBLEMAS LABORALES  
 RECAIDAS SIEMPRE POR ABANDONO DEL TRATAMIENTO, SEPARACION CONYUGAL  
 RELACIONES SEXUALES, DESAPARICION DE DINERO FAMILIAR  
 RUPTURA CON NOVIO INICIA LA ENFERMEDAD, FALLECE LA MADRE PRODUCE RECAIDA  
 RUPTURA DE PAREJA PRIMER INGRESO, HIJA DE MADRE SOLTERA UN HERMANO  
 RUPTURA RELACION DE PAREJA-PRIMER INGRESO-FALLECE MADRE CON 15 AÑOS  
 RUPTURA RELACION DE PAREJA SEGUNDO NOVIO  
 SE CASA EN EL AÑO 99  
 SEPARACION-FALLECE PADRE  
 SEPARACION - CUIDADO DE LOS HIJOS PRODUCE VARIAS CRISIS  
 SEPARACION CONYUGAL EN EL 96- EN EL 2000 EL MARIDO RECLAMA LA CUSTORIA DE HIJA DE 8 AÑOS  
 SEPARACION DE LOS PADDRES- ABUELO Y MADRE ENF MENTAL- HERMANA PMD-HERMANO SIDA  
 SEPARACIÓN DE LOS PADRES CUANDO TENIA 17-18 AÑOS  
 SEPARACION DE PADRES PADRE CON HIJO EN RELACION EXTRAMATRIMONIAL  
 SEPARADA EN 92-TRASLADO DOMICILIO 03-EMANCIPACION HIJO 06-DESPIDO LABORAL EN 1998  
 SEPARADA EN EL 95 POR MALOS TRATAOS FISICOS Y PSIQUICOS, PAREJA TOXICOMANO EN AÑO 97  
 TRASLADO DOMICILIO A MADRID POR MOTIVOS LABORALES DEL MARIDO  
 TRASLADO TRAS BODA-INCORPORACION A ACTIVIDAD LABORAL-EMBARAZO  
 VIAJE A AUSTRALIA, RUPTURA AFECTIVA CON NOVIO EN AÑO 2000, 8º RELACION  
 VIAJE A LONDRES PRODUCE CLINICA  
 VIENE A ESPAÑA EN 86 12 AÑOS ANTES DE PRIMERA CONSULTA-PROBLEMA SOCIAL DE VIVIENDA Y ECONOMICO  
 VIOLACION-ABUSO SEXUALA PRODUCE EL PRIMER BROTE PSICOTICO AGUDO

## **11. INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS E IMÁGENES**

### **11.1 INDICE DE TABLAS**

### **11.2 INDICE DE GRÁFICOS**

### **11.3 INDICE DE IMÁGENES**



## 11.1 INDICE DE TABLAS

Tabla 1 :	El cerebro femenino: características .....
Tabla 2 :	El cerebro femenino: Fases de la vida de la mujer.....
Tabla 3 :	Modelos de Género: Modelo tradicional.....
Tabla 4 :	Modelos de Género : Modelo de transición.....
Tabla 5 :	Modelos de Género : Modelo contemporáneo.....
Tabla 6 :	Ciclo de vida: Ejemplo Adolescencia.....
Tabla 7 :	Ratio por género según diferentes sistemas de criterios diagnósticos para la esquizofrenia.....
Tabla 8 :	Estudios epidemiológicos de prevalencia de la esquizofrenia Prevalencia por 1000 hab.....
Tabla 9 :	Modelo de cinco niveles y cuatro filtros con la estimación de la prevalencia anual de enfermedad mental en cada nivel.....
Tabla 10:	Estudios epidemiológicos publicados desde 1990 que presentan datos sobre prevalencia de la esquizofrenia trastornos afines.....
Tabla 11 :	Estudios epidemiológicos de Incidencia de la esquizofrenia Incidencia por 1000 hab.....
Tabla 12 :	Estudios de Prevalencia e Incidencia x 1000 hab.....
Tabla 13 :	Edad de inicio según diferentes definiciones.....
Tabla 14 :	Diferencias de género en edad de inicio en la esquizofrenia.....
Tabla 15 :	Ratio por género en la Esquizofrenia de inicio tardío.....
Tabla 16 :	Diferencias de género en la expresión de la Psicopatología.....
Tabla 17 :	Factores que dificultan el Dx temprano en mujeres con esquizofrenia...
Tabla 18 :	Tipo de inicio y síntomas iniciales en la esquizofrenia. Estudio ABC...
Tabla 19 :	Resumen diferencias hombre-mujer en la esquizofrenia. ....
Tabla 20 :	Diferencias de género en la esquizofrenia.....
Tabla 21 :	Estudios de Seguimiento y Evolución de síntomas por la OMS.....
Tabla 22 :	Enfermedades físicas en la esquizofrenia con frecuencia aumentada o disminuida.....
Tabla 23 :	Estudios de población en la asociación entre esquizofrenia y cáncer de mama.....
Tabla 24:	Estudios de población en la asociación entre esquizofrenia y cáncer de cérvix.....
Tabla 25 :	Estudios de población en la asociación entre esquizofrenia y cáncer de cuerpo uterino.....
Tabla 26 :	Estudios de población en la asociación entre esquizofrenia y cáncer de ovario.....
Tabla 27 :	Riesgo de cáncer en pacientes con esquizofrenia comparado con población general.....
Tabla 28 :	Otros estudios riesgo de cáncer en pacientes con esquizofrenia comparado con población general.....
Tabla 29 :	Riesgo de cáncer de pulmón, colon, mama y próstata en pacientes con esquizofrenia comparado con población general.....
Tabla 30 :	Conductas de riesgo en esquizofrenia que incrementan el riesgo de cáncer.....

Tabla 31 :	Hipótesis para explicar la asociación entre cáncer y esquizofrenia.....
Tabla 32 :	Prevalencia y riesgo relativo (RR) estimados de los factores de riesgo cardiovascular modificables en los pacientes con esquizofrenia respecto de la población general.....
Tabla 33 :	Estudios alteraciones metabolismo en pacientes con esquizofrenia sin tratamiento farmacológico (drug-naive).....
Tabla 34 :	Estudios epidemiológicos de asociación entre esquizofrenia y diabetes, obesidad y síndrome metabólico con datos diferenciados por sexo.....
Tabla 35 :	Criterios definición de síndrome metabólico.....
Tabla 36 :	Estudios de disfunción tiroidea en pacientes con esquizofrenia.....
Tabla 37 :	Estudios sobre osteoporosis en mujeres con esquizofrenia.....
Tabla 38 :	Cifras de población de la CAM por sexo a fecha 01/ 01/ 2006.....
Tabla 39 :	Defunciones por sexo y grandes grupos de causas de la CAM.....
Tabla 40 :	Principales causas de defunción por Áreas de Salud de la CAM.Área V Periodo 2000-06.....
Tabla 41 :	Casos de intentos de suicidio que necesitaron hospitalización en la CAM con una patología mental como diagnóstico principal.....
Tabla 42 :	Personas que han acudido a Atención Primaria, según Área de Salud y sexo: Área V. Porcentajes brutos y estandarizados. CAM. 2006.....
Tabla 43 :	Población por Distritos sanitarios y edad. Area V. CAM.....
Tabla 44 :	Distrito de Alcobendas: distribución población total por edad.....
Tabla 45 :	Distrito de Alcobendas : datos número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) según Gerencia de A.P. Año 2006.....
Tabla 46 :	Distrito de Alcobendas : distribución de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) por zonas y edad. Año 2006.....
Tabla 47 :	Actividad anual registrada en los Centros de Salud Mental de la CAM..
Tabla 48 :	Distrito de Alcobendas Actividad global e indicadores de los S. de Salud Mental por sexo correspondientes al año 2006.....
Tabla 49 :	Distribución grupos diagnósticos más frecuentes atendidos en Centros de Salud Mental de la CAM. Casos nuevos y asistidos por sexo.....
Tabla 50 :	Distrito de Alcobendas : Incidencia y Prevalencia tratada por grupos de diagnóstico y sexo. Periodo 1986-2006.....
Tabla 51 :	Distrito de Alcobendas : Distribución de pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia por sexo. Registro de Casos Psiquiátricos (RCP) de la CAM . Periodo 1986-2006.....
Tabla 52 :	Distribución de pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia en RCP por Subtipo Diagnóstico y género atendidos en los SSM del Distrito de Alcobendas. Periodo 1986-2006.....
Tabla 53 :	Distribución de la muestra de Mujeres con Diagnóstico de Esquizofr. según RCP . Distrito de Alcobendas. Periodo 1986-2006.....
Tabla 54 :	Prevalencia de la Esquizofrenia y casos afines según Registros de Casos Españoles. Año 1998. Tasas estandarizadas por 1000 hab.....
Tabla 55 :	Distribución Zona de procedencia de las pacientes de la muestra .....
Tabla 56 :	Distribución Edad de las pacientes de la muestra.....
Tabla 57 :	Distribución Estado civil de las pacientes .....
Tabla 58 :	Distribución Tipo de Convivencia de las pacientes.....
Tabla 59 :	Distribución según vivan o no en Recursos Residenciales.....



Tabla 60: Distribución Nivel Educativo de las pacientes.....	
Tabla 61: Distribución Ocupación de las pacientes.....	
Tabla 62: Distribución Situación Laboral de las pacientes.....	
Tabla 63: Distribución según tengan o no Certificado de Minusvalía.....	
Tabla 64: Distribución según Grado de Minusvalía.....	
Tabla 65: Distribución de pacientes con Certificado Minusvalía concedida y con Incapacidad Laboral Permanente (ILP).....	
Tabla 66: Distribución Situación Laboral de pacientes con Certificado de Minusvalía concedida pero sin ILP.....	
Tabla 67 : Subtipo diagnostico Inicial de Esquizofrenia recogido en Historia .....	
Tabla 68 : Distribución de casos por Subtipo diagnostico Inicial.....	
Tabla 69 : Distribución de casos por Subtipo diagnostico Final.....	
Tabla 70 : Distribución de casos por Subtipo diagnostico Inicial y Final.....	
Tabla 71 : Distribución de los No casos según continúen o no en tratamiento.....	
Tabla 72 : Variabilidad diagnóstica en subgrupo de No casos.....	
Tabla 73: Variabilidad diagnóstica de los Casos: mujeres con esquizofrenia que siguen en tratamiento en el CSM.....	
Tabla 74: Variabilidad diagnóstica de los Casos: N° de diagnósticos diferentes en pacientes que siguen en tratamiento en el CSM.....	
Tabla 75: Variabilidad diagnóstica de los Casos: mujeres con esquizofrenia que NO siguen en tratamiento en el CSM.....	
Tabla 76: Variabilidad diagnóstica de los Casos: N° de diagnósticos diferentes en pacientes que NO siguen en tratamiento en el CSM.....	
Tabla 77 : Resumen de la Distribución de Subtipos diagnósticos entre los dos grupos de pacientes que continúan o no en tratamiento en el CSM.....	
Tabla 78 : Estadísticos Descriptivos Edad de Inicio de la Enfermedad.....	
Tabla 79 : Distribución Casos Edad de Inicio anterior a los 45 años y de inicio Tardío (posterior a los 45 años).....	
Tabla 80 : Distribución Casos Edad de Inicio anterior a los 25 años y de inicio posterior a los 25 años.....	
Tabla 81 : Análisis Edad de Inicio en función del Diagnóstico Final.....	
Tabla 82 : Distribución según Forma de Inicio de la Esquizofrenia.....	
Tabla 83 : Distribución Inicio de la enfermedad relacionada con estresores.....	
Tabla 84 : Distribución Inicio de la enfermedad relacionada con drogas.....	
Tabla 85 : Número de Casos y Edad del primer ingreso.....	
Tabla 86 : Estadísticos Descriptivos Edad del primer ingreso.....	
Tabla 87 : Estadísticos Descriptivos Tiempo de evolución de la enfermedad.....	
Tabla 88 : Estadísticos de grupo : Tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes que siguen y que NO siguen en tratamiento.....	
Tabla 89 : Tiempo de evolución de la enfermedad en el grupo de pacientes que siguen y que NO siguen en tratamiento.....	
Tabla 90 : Distribución de los Casos según el número de Ingresos.....	
Tabla 91 : Estadísticos Descriptivos estudio Número de Ingresos.....	
Tabla 92 : Distribución de los Casos según el Número de Recaídas en tratamiento ambulatorio .....	
Tabla 93 : Estadísticos Descriptivos estudio Número de Recaídas en tratamiento ambulatorio .....	

Tabla 94 : Distribución de los Casos según tuvo o no Ingresos Involuntarios.....	
Tabla 95 : Distribución de los Casos según tuvo o no Intentos de Suicidio.....	
Tabla 96 : Distribución de los Casos según tuvo o no Episodios de Agresividad física.....	
Tabla 97: Distribución de los Casos según haya tenido o no problemas judiciales de cualquier tipo.....	
Tabla 98 : Distribución de los Casos mujeres con y sin Incapacitación Legal.....	
Tabla 99 : Distribución Antecedentes consumo de Tóxicos y Ludopatía.....	
Tabla 100: Distribución Consumo actual de Tóxicos y Ludopatía.....	
Tabla 101: Distribución según presenten o no Conciencia de enfermedad.....	
Tabla 102: Distribución según presenten o no Antecedentes Obstétricos.....	
Tabla 103: Descripción antecedentes en el parto.....	
Tabla 104: Distribución según presenten o no Antecedentes Familiares de enfermedad mental en familiares de primer grado.....	
Tabla 105: Distribución según Tipo de enfermedad mental en algún Familiar de de primer grado.....	
Tabla 106: Distribución según presenten o no Antecedentes Familiares de enfermedad mental en familiares de segundo grado.....	
Tabla 107: Distribución según Tipo de enfermedad mental en algún Familiar de de segundo grado.....	
Tabla 108: Distribución según presenten o no Antecedentes familiares de primero o segundo de enfermedad mental.....	
Tabla 109: Distribución según presenten o no Antecedentes familiares de suicidio.	
Tabla 110: Antecedentes patología e intervenciones quirúrgicas ginecológicas.....	
Tabla 111: Distribución de los Casos según el número de Partos.....	
Tabla 112: Distribución de los Casos según el número de Abortos.....	
Tabla 113: Distribución de los Casos según edad de la Menarquia.....	
Tabla 114: Distribución de los Casos según edad de la Menopausia.....	
Tabla 115: Mujeres con esquizofrenia que presentan enfermedades Metabólicas y Endocrinas.....	
Tabla 116: Mujeres con esquizofrenia que presentan enfermedades Cardiovasculares .....	
Tabla 117: Mujeres con esquizofrenia que presentan enfermedades neurológicas.	
Tabla 118: Mujeres con esquizofrenia que presentan otras enfermedades.....	
Tabla 119: Distribución según codificación Personalidad Previa.....	
Tabla 120: Personalidad previa patológica o sin patología.....	
Tabla 121: Distribución pacientes con recaídas relacionadas con factores de estrés severos.....	
Tabla 122: Distribución pacientes con recaídas relacionadas con factores de estrés en el último año.....	
Tabla 123: Descripción de factores de estrés importantes o relacionados con recaídas.....	
Tabla 124: Distribución de pacientes según tipo apoyo social.....	
Tabla 125: Distribución de pacientes según tipo apoyo familiar.....	
Tabla 126: Distribución de pacientes según pertenencia o no a grupos sociales.....	
Tabla 127: Distribución de pacientes según tipo de valores.....	

Tabla 128: Estadísticos Descriptivos Tiempo en seguimiento en los servicios de Salud Mental (en años).....	
Tabla 129: Estadísticos de grupo : Tiempo en seguimiento en los SSM en los pacientes que siguen y que NO siguen en tratamiento.....	
Tabla 130: Tiempo en seguimiento en los SSM en el grupo de pacientes que siguen que NO siguen en tratamiento.....	
Tabla 131: N° de psiquiatras distintos que han atendido a cada paciente.....	
Tabla 132: N° de psicólogos clínicos que han atendido a cada paciente.....	
Tabla 133: N° de DUE que han atendido a cada paciente.....	
Tabla 134: N° de T.S. que han atendido a cada paciente.....	
Tabla 135: N° de T.O. que han atendido a cada paciente.....	
Tabla 136: N° de profesionales que han atendido a cada paciente en los SSM.....	
Tabla 137: Distribución de pacientes según su inclusión en Programa de Rehabilitación.....	
Tabla 138: Distribución de pacientes según Adherencia a la medicación.....	
Tabla 139: Distribución de pacientes según Adherencia a otros ttos.....	
Tabla 140: Tratamiento recibido: Lista de Neurolépticos orales.....	
Tabla 141: Tratamiento recibido: Lista de Neurolépticos depot.....	
Tabla 142: Tratamiento recibido: Lista de Benzodiacepinas.....	
Tabla 143: Tratamiento recibido: Lista de anticolinérgicos.....	
Tabla 144: Tratamiento actual con Neurolépticos según n° NL que toma.....	
Tabla 145: Tratamiento actual con Benzodiacepinas según n° BZD que toma.....	
Tabla 146: Tratamiento actual con Anticolinérgicos según n° AC que toma.....	
Tabla 147: Tratamiento actual con Antidepresivos (AD) o no.....	
Tabla 148: Combinación de Fármacos: Tto actual con NL+BZD+AC.....	
Tabla 149: Combinación de Fármacos: Tto actual con NL+AC.....	
Tabla 150: Combinación de Fármacos: Tto actual con NL+BZD.....	
Tabla 151: Combinación de Fármacos: Tto actual con BZD+AC.....	
Tabla 152: Combinación de Fármacos: Tto actual solo con NL.....	
Tabla 153: Combinación de Fármacos: Tto actual solo con BZD.....	
Tabla 154: Combinación de Fármacos: Tto actual con NL+AD.....	
Tabla 155: Toma actual de otros fármacos.....	
Tabla 156: Resumen combinación de fármacos en el tratamiento actual.....	
Tabla 157: Estudio de Subgrupos de pacientes que siguen y no siguen en tratamiento en el CSM.....	
Tabla 158: Subgrupo de pacientes que no siguen en tratamiento: Causas de alta....	
Tabla 159: Subgrupo de pacientes que no siguen en tratamiento: Causas de fallecimiento.....	
Tabla 160: Estudio Subtipo Diagnóstico de inicio en grupo pacientes que siguen y que no siguen en tto en el CSM.....	
Tabla 161: Estudio Subtipo Diagnóstico final en grupo pacientes que siguen y que no siguen en tto en el CSM.....	
Tabla 162: Resumen Características sociodemográficas.....	
Tabla 163: Resumen Subtipo Diagnóstico .....	
Tabla 164: Subgrupos muestrales: Clasificación de las pacientes.....	

Tabla 165: Características Clínicas.....	
Tabla 166: Factores asociados a la enfermedad.....	
Tabla 167: Factores psicosociales. Estudio de Valores.....	
Tabla 168: Asistencia en los Servicios de Salud Mental .....	
Tabla 169: Tratamiento psicofarmacológico actual.....	
Tabla 170: Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en tto vs pacientes mujeres que abandonaron el tto: Subtipo Diagnóstico Inicial y Final...	
Tabla 171: Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en tto vs pacientes mujeres que abandonaron el tto: Características sociodemográficas.....	
Tabla 172: Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en tto vs pacientes mujeres que abandonaron el tto: Factores asociados a la enfermedad...	
Tabla 173: Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en tto vs pacientes mujeres que abandonaron el tto: Otras variables.....	
Tabla 174: Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia de zona rural vs Urbana: Subtipo Diagnóstico Inicial y Final.....	
Tabla 175: Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia de zona rural vs Urbana: Características sociodemográficas.....	
Tabla 176: Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia de zona rural vs Urbana: Factores asociados a la enfermedad.....	
Tabla 177: Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia de zona rural vs Urbana: Otras variables.....	
Tabla 178: Comparación grupo mujeres inicio de la Esquizofrenia anterior a los 25 años vs inicio posterior a los 25a: Subtipo Dx Inicial y Final.....	
Tabla 179: Comparación grupo mujeres inicio de la Esquizofrenia anterior a los 25 años vs inicio posterior a los 25a: Ccas sociodemográficas.....	
Tabla 180: Comparación grupo mujeres inicio de la Esquizofrenia anterior a los 25 años vs inicio posterior a los 25a: Factores asociados a la enf.....	
Tabla 181: Comparación grupo mujeres inicio de la Esquizofrenia anterior a los 25 años vs inicio posterior a los 25a: Otras variables.....	
Tabla 182: Comparación grupo mujeres inicio de la Esquizofrenia anterior a los 45 años vs inicio tardío (posterior a los 45 a): Subtipo Diagnóstico Inicial y Final.....	
Tabla 183: Comparación grupo mujeres inicio de la Esquizofrenia anterior a los 45 años vs inicio tardío (posterior a los 45 años): Características sociodemográficas.....	
Tabla 184: Comparación grupo mujeres inicio de la Esquizofrenia anterior a los 45 años vs inicio tardío (posterior a los 45 años): Factores asociados a la enfermedad.....	
Tabla 185: Comparación grupo mujeres inicio de la Esquizofrenia anterior a los 45 años vs inicio tardío (posterior a los 45 años):Otras variables.....	
Tabla 186: Estudio de la edad de inicio y su relación con estado civil.....	
Tabla 187: Estudio de la edad de inicio y su relación con Nivel Educativo.....	
Tabla 188: Estudio de la edad de inicio y su relación con Ocupación.....	
Tabla 189: Estudio de la edad de inicio y su relación con Tipo de convivencia.....	

Tabla 190:	Estudio de la edad de inicio y numero de partos.....
Tabla 191:	Mujeres nulíparas o con hijos y Edad de inicio de la enfermedad.....
Tabla 192:	Estudio de la edad de inicio y numero de abortos.....
Tabla 193:	Estudio de la edad de inicio y antecedentes familiares de enfermedad Mental.....
Tabla 194:	Estudio de la edad de inicio y antecedentes obstétricos en nacimiento...
Tabla 195:	Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en función del tiempo de evolución de la enfermedad (menor o mayor de 20 años): Subtipo diagnóstico inicial y final.....
Tabla 196:	Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en función del tiempo de evolución de la enfermedad (menor o mayor de 20 años): características sociodemográficas .....
Tabla 197:	Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en función del tiempo de evolución de la enfermedad (menor o mayor de 20 años): características clínicas.....
Tabla 198:	Comparación grupo mujeres con Esquizofrenia en función del tiempo de evolución de la enfermedad (menor o mayor de 20 años): factores asociados a la enfermedad.....
Tabla 199:	Estudio tiempo de evolución de la enfermedad y estado civil.....
Tabla 200:	Estudio tiempo de evolución de la enfermedad y nivel educativo.....
Tabla 201:	Estudio tiempo de evolución de la enfermedad y ocupación.....
Tabla 202:	Estudio tiempo de evolución de la enfermedad y convivencia.....
Tabla 203:	Estudio tiempo de evolución de la enfermedad y nº de partos.....
Tabla 204:	Mujeres nulíparas o con hijos y tiempo de evolución de la enfermedad.
Tabla 205:	Estudio tiempo de evolución de la enfermedad y nº de abortos.....
Tabla 206:	Estudio tiempo de evolución de la enfermedad e Historia familiar de enfermedad mental.....
Tabla 207:	Estudio tiempo de evolución de la enfermedad y antecedentes obstétricos en su nacimiento.....
Tabla 208:	Comparación grupo pacientes nulíparas vs pacientes mujeres con hijos: subtipo diagnóstico inicial y final.....
Tabla 209:	Comparación grupo pacientes nulíparas vs pacientes mujeres con hijos: características sociodemográficas .....
Tabla 210:	Comparación grupo pacientes nulíparas vs pacientes mujeres con hijos: características clínicas .....
Tabla 211:	Comparación grupo pacientes nulíparas vs pacientes mujeres con hijos: Factores asociados a la enfermedad .....
Tabla 212:	Análisis de las características de las mujeres con Esq. que solicitaron y tienen la minusvalía por su enfermedad mental frente a las que no : Subtipo diagnóstico inicial y final.....
Tabla 213:	Análisis de las características de las mujeres con Esq. que solicitaron y tienen la minusvalía por su enfermedad mental frente a las que no : Características sociodemográficas .....
Tabla 214:	Análisis de las características de las mujeres con Esq. que solicitaron y tienen la minusvalía por su enfermedad mental frente a las que no : Características clínicas.....

Tabla 215: Análisis de las características de las mujeres con Esq. que solicitaron y tienen la minusvalía por su enfermedad mental frente a las que no : Factores asociados a la enfermedad .....	
Tabla 216: Distribución de casos y población a atender (Nº de T.S.I.) por zona de procedencia.....	
Tabla 217: Incidencia y Prevalencia tratada por grupos de diagnóstico y sexo. Distrito Alcobendas .Periodo 1986-2006.....	
Tabla 218: Prevalencia tratada de la esquizofrenia y trastornos afines. Area Salud Mental Granada Sur. Año1999. Tasas estandarizadas poe edad y sexo por 1000 habitantes.....	
Tabla 219: Prevalencia tratada de la esquizofrenia y trastornos afines según registros de casos españoles.Año1998. Tasas estandarizadas por edad por 1000 habitantes.....	
Tabla 220: Distribución de la muestra de mujeres con diagnóstico de esquizofrenia en el RCP (295.0-295.9 CIE-9). Distrito Alcobendas. Periodo 1986-2006.....	
Tabla 221: Porcentaje combinación de fármacos en la muestra.....	
Tabla 222: Varones y mujeres en la población total en España. Evolución 2000 - 2006. Instituto Nacional de Estadística INE.....	
Tabla 223: Distribución porcentual de la población de España por grupos de edad y sexo 2006. INE.....	
Tabla 224: Evolución del movimiento natural de la población de España según sexo. Periodo 2000-2006. INE.....	
Tabla 225: Enfermedades diagnosticadas % de población por sexo.INE.....	
Tabla 226: Defunciones según principales causas de muerte.Año 2006 .INE.....	
Tabla 227: Personas que fuman diariamente % por grupo de edad .INE.....	
Tabla 228: Tasa de fecundidad en población de España (por 1000 mujeres) por grupos de edad 2000-2006. INE.....	
Tabla 229: Edad media a la maternidad en población española.1980-2006. INE...	
Tabla 230: Distribución porcentual de Interrupción Voluntaria de Embarazo según estado civil de la madre.2006. INE.....	
Tabla 231: Edad media al matrimonio según sexo.1980-2006.INE.....	
Tabla 232: Disoluciones matrimoniales según sexo y edad media de los cónyuges. 2006. INE.....	
Tabla 233: Familias monoparentales por sexo de la persona.2006. INE.....	

## 11.2 INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	: Evolución de la esquizofrenia a largo plazo.....
<b>Gráfico 2</b>	: Número de artículos de enfermedades físicas en la esquizofrenia que hacen referencia a cada sistema orgánico.....
<b>Gráfico 3</b>	: Tasa de mortalidad estandarizada en esquizofrenia.....
<b>Gráfico 4</b>	: Tasa de mortalidad estandarizada en pacientes con esquizofrenia por patologías.....
<b>Gráfico 5</b>	: Osteoporosis, Esquizofrenia y Antipsicóticos.....
<b>Gráfico 6</b>	: Pirámide de población de la CAM a 1 de enero 2006.....
<b>Gráfico 7</b>	: Esperanza de vida al nacer por sexo de la Comunidad de Madrid periodo 1975 a 2005.....
<b>Gráfico 8</b>	: Tasas específicas de mortalidad por suicidio, por edad y sexo de la CAM. Referidas al año 2005.....
<b>Gráfico 9</b>	: Tasas de actividad económica y proporción de parados por sexo de la CAM .Encuesta de Población Activa (EPA) 2006.....
<b>Gráfico 10</b>	: Población $\geq 16$ años por sexo, nacionalidad y nivel de formación de la CAM .Encuesta de Población Activa (EPA) 2006.....
<b>Gráfico 11</b>	: Población por Áreas de Salud de la CAM a fecha 01/enero/2006. Padrón continuo.....
<b>Gráfico 12</b>	: Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.....
<b>Gráfico 13</b>	: Tasas de casos nuevos psiquiátricos en Centros de Salud Mental, por sexo y grupos de edad. CAM. Años 1994 y 2004.....
<b>Gráfico 14</b>	: Tasas de casos nuevos psiquiátricos en Centros de Salud Mental, por sexo y categoría diagnóstica. CAM. Años 1994 y 2004.....
<b>Gráfico 15</b>	: Proporción de casos por edad y sexo. Asistencia ambulatoria en los CSM 2007.....
<b>Gráfico 16</b>	: Proporción de principales diagnósticos. Asistencia ambulatoria en los CSM 2007.....
<b>Gráfico 17</b>	: Distrito de Alcobendas : Red de Recursos de Salud Mental.....
<b>Gráfico 18</b>	: Distribución de casos según Zona de procedencia.....
<b>Gráfico 19</b>	: Histograma Distribución de casos por Edad .....
<b>Gráfico 20</b>	: Distribución de casos según Estado Civil .....
<b>Gráfico 21</b>	: Distribución Nivel Educativo pacientes muestra .....
<b>Gráfico 22</b>	: Distribución según Ocupación pacientes muestra.....
<b>Gráfico 23</b>	: Distribución Situación Laboral pacientes muestra.....
<b>Gráfico 24</b>	: Distribución de pacientes según Subtipo Diagnóstico Final.....
<b>Gráfico 25</b>	: Evolución de los Subtipos Diagnósticos de Esquizofrenia: Subtipo de inicio y diagnóstico final.....
<b>Gráfico 26</b>	: Histograma Distribución Edad de Inicio de la Esquizofrenia en la totalidad de la muestra.....
<b>Gráfico 27</b>	: Histograma Distribución Edad de Inicio $\leq 25$ años y $>26$ años.....
<b>Gráfico 28</b>	: Histograma Edad de Inicio en función del Diagnóstico Final: E. Paranoide.....
<b>Gráfico 29</b>	: Histograma Edad de Inicio en función del Diagnóstico Final: E. Esquizoafectivo.....

<b>Gráfico 30 :</b>	Histograma Edad de Inicio en función del Diagnóstico Final: E. Residual.....
<b>Gráfico 31 :</b>	Histograma Tiempo de evolución de la enfermedad en la última consulta (en años).....
<b>Gráfico 32 :</b>	Personalidad previa CIE-9 Agrupada.....
<b>Gráfico 33 :</b>	Histograma Personalidad previa patológica o sin patología.....
<b>Gráfico 34 :</b>	Edad de inicio y Estado Civil.....
<b>Gráfico 35 :</b>	Edad de inicio y Nivel Educativo.....
<b>Gráfico 36 :</b>	Edad de inicio y Ocupación.....
<b>Gráfico 37 :</b>	Edad de inicio y Tipo de Convivencia.....
<b>Gráfico 38 :</b>	Edad de inicio y Número de partos.....
<b>Gráfico 39 :</b>	Edad de inicio y Número de bortes.....
<b>Gráfico 40 :</b>	Tiempo medio de evolución de la esq. (en años) y estado civil.....
<b>Gráfico 41 :</b>	Tiempo medio de evolución de la esq. (en años) y nivel educativo..
<b>Gráfico 42 :</b>	Tiempo medio de evolución de la esq. (en años) y ocupación.....
<b>Gráfico 43 :</b>	Tiempo medio de evolución de la esq. (en años) y convivencia.....
<b>Gráfico 44 :</b>	Tiempo medio de evolución de la esq. (en años) y nº de partos.....
<b>Gráfico 45 :</b>	Tiempo medio de evolución de la esq. (en años) y nº de abortos....
<b>Gráfico 46 :</b>	Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio y edad...
<b>Gráfico 47 :</b>	Número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio e inclusión en programa de rehabilitación.....
<b>Gráfico 48 :</b>	Tiempo en años de atención en los SSM y relación con continuar o no en tratamiento
<b>Gráfico 49 :</b>	Tiempo en años de atención en los SSM y relación con número de Ingresos en subgrupo pacientes siguen y no siguen en tto.....
<b>Gráfico 50:</b>	Tiempo en años de atención en los SSM y relación con número de Ingresos.....
<b>Gráfico 51:</b>	Tiempo en años de atención en los SSM y relación con número de recaídas en subgrupo pacientes siguen y no siguen en tto.....
<b>Gráfico 52:</b>	Tiempo en años de atención en los SSM y relación con número de recaídas .....
<b>Gráfico 53:</b>	Tiempo en años de atención en los SSM y relación con problemas judiciales de cualquier tipo .....
<b>Gráfico 54:</b>	Tiempo en años de atención en los SSM y relación con problemas judiciales de cualquier tipo en subgrupo pacientes siguen y no siguen en tratamiento.....
<b>Gráfico 55:</b>	Tiempo en años de atención en los SSM y nº de psiquiatras distintos que trata al paciente.....
<b>Gráfico 56 :</b>	Distribución de casos según procedencia. Mujeres con esquizofrenia. Distrito Alcobendas. Periodo 1986-2006.....
<b>Gráfico 57 :</b>	Distribución de casos según estado civil. Mujeres con esquizofrenia. Distrito Alcobendas. Periodo 1986-2006.....
<b>Gráfico 58 :</b>	Distribución de casos según tipo de convivencia. Mujeres con esquizofrenia. Distrito Alcobendas. Periodo 1986-2006.....
<b>Gráfico 59 :</b>	Tasa de mortalidad estandarizada en esquizofrenia.....
<b>Gráfico 60 :</b>	Relación entre el número de recaídas con tratamiento a nivel ambulatorio y el número de ingresos.....



### **11.3 INDICE DE IMÁGENES**

<b>Imagen 1 :</b>	Mapa sanitario de la CAM (hasta decreto de Área única).....
<b>Imagen 2 :</b>	Mapa sanitario Zona Norte de Madrid : Zonas básicas y Hospitales....
<b>Imagen 3 :</b>	Distrito de Alcobendas según la nueva zonificación de la Comunidad de Madrid .....